

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

# **Psychiatrická reforma v Praze a Středočeském kraji**



## **Magisterská diplomová práce**

Autor: Bc. Judita Feuersteinová, DiS.

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Olomouc  
**2018**

**Poděkování:**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu mé DP, PhDr. Romanovi Procházkovi, PhD., za odborné vedení.

Dále bych chtěla poděkovat všem mým respondentům, především z první části výzkumu, za odvahu, otevřenost a jejich čas.

**Prohlášení:**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Transformace psychiatrické péče v Praze a Středočeském kraji“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V ..... dne .....

Podpis: .....

# Obsah

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1.Pojem transformace psychiatrické péče.....	7
1.1 Význam péče o duševně nemocné v současnosti.....	7
1.2 Cíle reformy.....	8
1.3 Modely péče o duševní zdraví.....	9
1.4 Doporučení pro reformu.....	10
2.Reforma ve vybraných evropských zemích.....	13
2.1 Západní Evropa.....	13
2.2 Severní Evropa.....	15
2.3 Jižní Evropa.....	15
2.4 Střední a východní Evropa.....	16
2.5 Jihovýchodní Evropa.....	17
3.Reforma psychiatrie v České republice.....	19
3.1 Aktuální stav psychiatrie v ČR.....	19
3.2 Reforma psychiatrie v ČR.....	19
3.3 Psychiatrická péče v Praze a Středočeském kraji.....	21
4.Stigmatizace.....	28
4.1 Příčiny stigmatizace.....	28
4.2 Důsledky stigmatizace.....	28
4.3 Stigma v psychiatrii.....	29
4.4 Účinný boj proti stigmatu.....	29
4.5 Destigmatizační aktivity.....	30
5.Komunitní psychiatrické služby.....	32
5.1 Cíle a podoba komunitních služeb.....	32
5.2 Rehabilitační programy.....	33
5.3 Nové trendy v poskytování psychosociální rehabilitace.....	35
6.Evaluace kvality psychiatrické péče.....	39
6.1 Systém monitorování a evaluace realizace strategie v České republice.....	39
6.2 Evaluační výzkumy.....	41

EMPIRICKÁ ČÁST.....	44
7.Evaluace implementace – I. část.....	45
7.1 Předmět a cíle výzkumu.....	45
7.2 Metodologický rámec výzkumu a metody zkoumání.....	45
7.3 Metoda sběru dat.....	46
7.4 Výběr výzkumného souboru.....	46
7.5 Popis výzkumného souboru.....	47
7.6 Metody zpracování dat.....	47
7.7 Etika.....	48
7.8 Analýza získaných dat.....	49
7.9 Odpovědi na výzkumné otázky.....	68
8.Evaluace implementace – II. část.....	71
8.1 Předmět a cíle 2. části výzkumu.....	71
8.2 Metoda sběru dat.....	72
8.3 Výběr výzkumného souboru.....	72
8.4 Popis výzkumného souboru.....	73
8.5 Metody zpracování dat.....	74
8.6 Etika.....	75
8.7 Analýza získaných dat.....	75
8.8 Odpovědi na statistické hypotézy a výzkumné otázky.....	81
9.Diskuze.....	82
10.Závěry.....	86
Souhrn.....	87
Použitá literatura a zdroje.....	90
Seznam příloh.....	94

# ÚVOD

Během odborných stáží v psychiatrických nemocnicích a výkonu povolání s cílovou skupinou osob s problémy v oblasti duševního zdraví jsem si často kladla několik otázek: Je současný systém psychiatrické péče efektivní? Proč je naprosto upozaděna role psychologa v léčbě nemocných a zcela dominantní roli sehrávají lékaři a zdravotní sestry bez přihlédnutí k psychosociálním složkám osobnosti? Jak má člověka vyléčit z duševní nemoci pobyt na izolovaném oddělení, kde skupina zdravotních sester pravidelně podává léky a stravu, jednou za čas přijde na vizitu lékař a zbytek času se jedinec potlouká po chodbách na cestě do kuřárny a zpět? Proč natolik zátěžové a syndromem vyhoření rizikové zaměstnání jako je zdravotní sestra v psychiatrii, není podpořeno pravidelnými supervizemi s psychoterapeutem, specializovaným kvalitním školením a dalšími preventivně-vzdělávacími činnostmi? Jak je člověku, který se ocitne na standardním psychiatrickém příjmovém oddělení, když je vlivem akutních příznaků nemoci zmaten a vystrašen a v dohledu není nikdo s empatickými schopnostmi, vzhledem do situace a dostatkem času, aby vše nově přichozímu vysvětlil? Co se děje s pacientem po opuštění nemocnice, je podchycen nějakou sítí návazných služeb? Jak je možné, že ambulantní psychiatři zhusta nabízejí svým pacientům psychofarmaka, která potlačí akutní příznaky onemocnění, ale z dlouhodobého hlediska způsobují u těchto lidí závislost, která je mnohdy závažnější, než původní problém?

Myšlenka reformy psychiatrické péče mě proto nadchla a rozhodla jsem se ji blíže prozkoumat. Nejsem nikterak zastáncem proudu antipsychiatrie, který zcela zavrhuje jakoukoliv psychofarmakologii a je pro zrušení všech psychiatrických lůžek. Cesta ke kvalitním službám, které mohou nabídnout adekvátní léčbu, je podle mého názoru vyváženost, vzájemné předávání zkušeností mezi jednotlivými rezorty, regiony, ale i zeměmi, ukázky dobrých praxí, poučení z chyb a vzájemný dialog.

Tato práce si klade za cíl přehledně a uceleně popsat problematiku transformace psychiatrické péče, s přihlédnutím k praxi u našich evropských sousedů, ale s důrazem na aktuální stav v České republice, konkrétně především v Praze a Středočeském kraji. Výzkumná část práce bude zjišťovat zkušenosti pacientů s hospitalizační péčí a názory odborníků z oboru na současný stav psychiatrické reformy a na moderní trendy v psychiatrii obecně. Praktická užitečnost získaných poznatků by mohla být aktuální evaluace a následné doporučení, které z ní lze vyvodit.

# **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1. Pojem transformace psychiatrické péče

## 1.1 Význam péče o duševně nemocné v současnosti

Duševní poruchy se stávají jedním z nejdůležitějších úkolů v oblasti veřejného zdraví po celém světě:

- Týká se každý rok celkově 25 % populace.
- Celosvětově kolem 450 miliónů lidí trpí nějakou formou duševního onemocnění.
- Jedna ze čtyř rodin má alespoň jednoho člena s duševním onemocněním.
- V současné době 12 % všech nemocí tvoří právě duševní onemocnění, přičemž do roku 2020 by toto číslo mělo vzrůst na 15 %.
- Depresivní onemocnění jsou v současné době čtvrtou nejčastější příčinou nemoci a do roku 2020 se předpokládá postup na druhé místo

Pokud se podíváme na statistiku v evropském regionu, dozvíme se, že:

- Stresující životní styl se podílí na polovině všech nemocí v určitých evropských zemích
- Kolem 33,4 miliónů lidí v Evropě trpí závažnou formou deprese
- 7 z 1000 lidí (přibližně 3 milióny dospělých) jsou postiženi schizofrenií
- Sebevražda je závažnou příčinou smrti u adolescentů a mladých dospělých. Míra sebevražednosti se pohybuje od 2 do 44 na 100 000 lidí. Nejvyšší míra v Evropském regionu je také nejvyšší na světě (WHO, 2015).

Profesor Wolfgang Rutz v roce 2011 jmenovitě určil **klíčové prediktory duševního zdraví**, které odpovídají stanoveným bodům reformy:

- stupeň sociálního začlenění, tj. pocit, že je jedinec součástí sítě rodiny a přátel, které považuje za významné
- smysl pro soudržnost, být součástí smysluplného kontextu
- pocit, že má člověk kontrolu nad svým životem, absence pocitu beznaděje.

Je to právě pocit bezmoci a beznaděje, ztráty kontroly a identity, ztráty soudržnosti a sociálního propojení, které dnes vidíme jako jeden z hlavních příčinných faktorů ovlivňujících duševní zdraví, jež

vedou ke stresu, a v horších případech k morbiditě a mortalitě v některých evropských státech (Rutz, 2001).

## 1.2 Cíle reformy

Oblasti psychiatrie se začala po roce 2000 věnovat zvýšená politická pozornost. To dokládá například fakt, že v roce 2001 byla stěžejní publikace WHO, – Světová zpráva o zdraví, věnována právě duševnímu zdraví. Evropská unie se spolu s Radou Evropy a 52 státy WHO v roce 2005 usnesla na **Deklaraci a Akčním plánu pro duševní zdraví**. EU tentýž rok vydala strategický dokument pro duševní zdraví s názvem **Zelená kniha**. Tyto dokumenty obsahují diskurz, jakou podobu by měl systém péče o duševně nemocné mít a tento diskurz je pro členské země EU závazný.

Tyto jevy mají svou příčinu pravděpodobně v aktivitách hnutí za lidská práva a objevech nových psychofarmak v druhé polovině minulého století v USA a Evropě. Zásadním je v tomto ohledu především rok 1970, kdy byl představen dlouhodobý program Regionální kanceláře WHO pro Evropu, který podporuje **kontinuitu, deinstitucionalizaci a komplexnost péče**. Dalším obratem v uvažování o systému péče o duševně nemocné je nepochybně na důkazech založený přístup (evidence-based), který pomohl odhalit přesvědčivé důkazy o efektivitě konkrétních opatření.

Reforma péče o duševní zdraví by měla stavět na principech **etiky, evidence a zkušenosti**, trendem je tzv. deinstitucionalizace, tedy přesun péče z velkých léčeben do komunit. Strategie se opírá o čtyři základní pilíře: ambulantní péče, odborná zdravotní péče, centra duševního zdraví a akutní lůžková psychiatrická péče (Winkler et al., 2013).

Evropský akční plán pro duševní zdraví se zaměřuje na **sedm vzájemně propojených cílů** a navrhuje účinná opatření k posílení duševního zdraví a duševního blahobytu obyvatel. Investování do duševního zdraví je pro udržitelnost zdravotních a socioekonomických politik v evropském regionu klíčové.



V širším kontextu jsou cíle transformace stanoveny takto:

- zlepšit **duševní pohodu obyvatelstva** a snížit zátěž duševních poruch zvláštním zaměřením na zranitelné skupiny
- respektovat **práva lidí s duševními problémy** a nabídnout jim spravedlivé příležitosti dosáhnout nejvyšší možné kvality života, **řešit stigma a diskriminaci**
- **vytvářet přístupné, bezpečné a účinné služby**, které splňují duševní, fyzické a sociální zájmy lidí s duševním onemocněním a jejich rodin.

**7 hlavních cílů Evropského akčního plánu pro duševní zdraví je stanoveno takto:**

1. každý má stejnou příležitost realizovat duševní pohodu po celou dobu svého života, zejména ti, kteří jsou nejvíce zranitelní nebo ohrožení
2. lidé s duševními problémy jsou občané, jejichž lidská práva jsou plně chráněná
3. služby duševního zdraví jsou přístupné a cenově dostupné, v komunitě a podle potřeb
4. lidé mají nárok na úctyhodné, bezpečné a účinné zacházení
5. zdravotní systémy poskytují kvalitní péči o fyzické a duševní zdraví pro všechny
6. systémy duševního zdraví pracují v dobře koordinovaném partnerství s jinými odvětvími
7. řízení a poskytování péče o duševní zdraví jsou řízeny dobrými informacemi a znalostmi

(WHO, 2015).

### 1.3 Modely péče o duševní zdraví

Model vyvážené péče vyžaduje, aby komplexní systém duševního zdraví zahrnoval **komunitní i nemocniční péči**. Pravděpodobně by nebylo možné ani rozumné uplatňovat na celém světě jedinou verzi modelu vyvážené péče. Byly proto vytvořeny modely pro země s vysokými, středními nebo nízkými příjmy (resp. zdroji), což mimo jiné dovoluje i lokálnější nastavení modelu v rámci jedné země. Nízkopříjmové nastavení počítá s primární zdravotní péčí (klasická farmakologická léčba a psychosociální léčba), s limitovanou podporou komunity. Nastavení modelu v prostředích se středně vysokými příjmy navrhuje kromě primární péče, která by se soustředila na obvyklejší duševní nemoci, v závislosti na možnostech zdrojů, dalších pět druhů služeb duševního zdraví – ambulantní kliniky, komunitní týmy, akutní krizovou péči, komunitní péči zaměřenou na dlouhodobější podporu a

pracovní rehabilitaci. V nejtědřejším, třetím modelu, se kromě zmíněné primární péče a dalších obecných zdravotních služeb pro dospělé, počítá ještě se specializovanými službami.

**Systém péče v komunitě i nemocnici by měl být vyvážený**, z toho důvodu, že neexistují žádné silné důkazy o tom, že komplexní systém péče o duševní zdraví může být obsáhnut výhradní péčí v nemocnici, ale neexistují ani silné důkazy o tom, že může být obsáhnut výhradně komunitními službami. Je proto zapotřebí rovnováhy, která zahrnuje nemocnice i komunity, přičemž konkrétní procentuální mix vždy záleží na místních podmínkách v daném čase (Thornicroft, Tansella, 2013).

V Evropě se při financování systému péče o duševní zdraví uplatňuje koncept „**smíšené ekonomie poskytování**“, to znamená, že náklady a zdroje na léčbu neplynou pouze ze zdravotnictví, ale zasahují i do oblasti školství, sociálních věcí, spravedlnosti, regionálního rozvoje atd., služby jsou poskytovány v rámci státního, soukromého, nestátního i privátního sektoru (Winkler et al., 2013).

## 1.4 Doporučení pro reformu

Konkrétní doporučení pro reformu vydalo několik organizací a asociací:

**Green paper (EC, 2005)** udává jako priority prevenci – vzdělávání k duševnímu zdraví v mládí, dále prevenci sebevražd, duševního zdraví ve stáří, na pracovišti a eliminaci stigmatu a sociální exkluze.

**EPA (European Psychiatric Association)** si za cíl klade především ochranu práv pacientů, vzdělávání personálu a kvalitní strukturu poskytování služeb s důrazem na kvalitní informace a výzkum.

**FEAM (The Federation of the European Academies of Medicine)** nabádá k lepšímu porozumění psychosociálním a biologickým faktorům spojeným s duševním onemocněním, k využití vědeckého pokroku k efektivní diagnostice a klasifikaci i terapii, a také ke sdílení nejlepších praxí a optimalizaci služeb.

**The Schizophrenia Commission (2012)** upozorňuje na důležitost identifikovat nejdůležitější oblasti v systému péče z hlediska uživatele i finančních možností.

**The Mental Health Economics European Network** nahlíží reformu jako dlouhodobý proces, kde jsou společně efektivně propojeny primární a sekundární péče, a kde je prostřednictvím komunitní péče zajištěna podpora v oblasti sociální, bydlení, vzdělávání a pracovní (Winkler et al., 2013).

Společný projekt autorů Mansella, Knappa a dalších (2007) si kladl za cíl přinést dostupné informace o nemocných jedincích žijících v rezidenčních institucích v 28 evropských zemích a identifikovat úspěšné strategie pro nahrazení institucí komunitními službami s přihlédnutím k ekonomickým

otázkám. V tomto ohledu se jednalo o největší studii svého druhu. Studie vydala několik zásadních doporučení shrnutých v 16 kapitolách, zastupující jednotlivé oblasti:

1. Shodnout se na harmonizovaném souboru údajů na evropské úrovni - Evropská komise by měla **podporovat společnou práci mezi členskými státy**. Měly by vznikat soubory údajů obsahující informace, které umožní přezkoumání pokroku členských států v uzavírání institucí a růstu komunitních služeb.
2. **Publikovat statistiky** ukazující pokrok v každé zemi – tyto statistiky by měly být volně k dispozici na celosvětovém webu.
3. **Posílit vizi nových možností v komunitě** – získat ve prospěch projektu politiky.
4. Vytvořit **legislativní podporu pro začlenění** – přijmout právní předpisy, které podporují nezávislý život a sociální začlenění.
5. Posílit **hlas samotných zdravotně postižených lidí** a jejich rodin – poskytování školení, podpůrných skupin atd.
6. Vyžadovat od profesionálů, aby **sladili svou politiku s podporující inkluzí** – požadovat, aby subjekty odborné přípravy nebo akreditace odborníků z řad personálu pracujícího s lidmi se zdravotním postižením přijali závazek vůči podpoře začlenění.
7. Podporovat **zájem médií** – poskytování informací, veřejné vzdělávací programy, propagace své práce atd.
8. **Učit se z osvědčených postupů** jiných zemí – vzájemné návštěvy, účast v mezinárodních sítích atd.
9. Otevřít instituce k **nezávislému přezkoumání** – větší otevřenost institucí vůči veřejnosti i ke vzniku komunitních služeb.
10. Vytvořit **inspektoráty pro ochranu práv** jednotlivců – publikovat výsledky inspekčních návštěv, vyžadování ochrany či nápravy, pokud je nutné.
11. Zdůraznit **srovnání v kvalitě života** - podporovat popis různých životních podmínek napříč institucemi a zeměmi.
12. Vytvořit **praktické demonstrace toho, jak mohou být věci lepší** – vytvořit inovativní služby, sledovat kvalitu a náklady nové služby.

13. **Zahrnout všechno od začátku** – ujistit se, že v systémech jsou zkušenosti lidí se zdravotním postižením od samého začátku procesu.
14. **Snižovat odolnost vůči změnám** prostřednictvím řízených pobídek pro různé subjekty procesu – nové možnosti financování, mechanismy pro jednotlivé rozpočty atd.
15. **Odstranit překážky rozvoje služeb v komunitě** – vytvořit opatření pro uzavírání smluv pro inovační místní služby, spolupracovat s Evropskou komisí atd.
16. Zajistit, aby nové služby byly **financovány pouze tehdy, jsou-li dostatečně kvalitní** a naopak přerušit financování, pokud služby nedodržují přijatelné standardy (Knapp, Mansell, et al, 2007).

## 2. Reforma ve vybraných evropských zemích

Evropa, dle perspektivy WHO, není identická s Evropskou unií. Jedná se o Evropu tvořenou 51 národy sahajícími od Irska ke Kamčatce a od Grónska k Maltě, ve které žije 870 milionů obyvatel. Skládá se z velké diverzity životních stylů, sociálních determinant zdraví, jako je bydlení, příjem, služby duševního zdraví a zdravotních údajů. Tato rozdílnost se projevuje samozřejmě i v úrovni poskytování služeb duševního zdraví, kdy některé části regionu kladou důraz na hospitalizaci, a jiné, kde probíhá rychlá deinstitucionalizace bez dostatečného poskytování alternativ, což má za následek mimo jiné psychiatrické pacienty bez domova, kteří nejsou včasné diagnostikováni ani léčeni. Vzhledem k této rozmanitosti je zapotřebí **národní hodnocení a auditů národně duševního zdraví** pro další plánování, implementaci a vyhodnocování. Výzvou pro evropské státy při modernizaci služeb bude vytvořit funkční systémy financování pojištění. Navzdory důkazům, výhody včasného zásahu jsou stále příliš málo známy mezi vládami a aktéry na pojistném trhu (Rutz, 2001).

Pro účely této práce bylo z každé geografické části Evropy vybráno k popisu pouze několik zemí. Pro ilustraci a srovnání mezi jednotlivými zeměmi výčet dostačuje, při zájmu o detailnější popis psychiatrických služeb v evropském regionu jsou uvedeny odkazy na zdroje.

### 2.1 Západní Evropa

Deinstitucionalizace psychiatrické péče začala v západní Evropě po roce 1950. Velké azyly byly zavřeny nebo sníženy jejich kapacity a celkový počet psychiatrických lůžek dramaticky ubyl. Služby duševního zdraví byly vytvořeny v komunitách, ovšem se signifikantními variacemi napříč zeměmi. Komunitní péče byla nejlépe vyvinuta v Anglii prostřednictvím značných investic do specializovaných týmů, jako jsou například asertivní týmy či do včasné intervence (Priebe, Badesconyi, et al., 2005).

#### Belgie

Od roku 1990 dosud proběhly v oblasti duševního zdraví tři reformy, jejich cílem bylo snížení psychiatrických lůžek a vytvoření domů s psychiatrickou péčí a chráněného bydlení, dále zvyšování specializované péče v léčebnách a přesunutí části zdrojů z léčeben do mobilních týmů. Oblast duševního zdraví je v Belgii však fragmentovaná, zodpovědnost je roztržena mezi různé vládní struktury. Kromě komunitních služeb je v provozu 81 center pro péči o duševní zdraví (Winkler et al., 2013).

V Belgii je vysoký počet dlouhodobých i akutních lůžek, přičemž průměrná délka pobytu bývá kolem jednoho měsíce. Národní strategie deinstitucionalizace existovala od roku 2011 a v zemi je k dispozici dostatek komunitních služeb, a mimo to také více než 4000 podporovaných bytů, systém duševního zdraví se přesto opírá především o dlouhodobé rezidenční zařízení (Turnpenny, Petri, et al., 2017).

## Německo

Od poloviny šedesátých let začalo docházet k dlouhodobým změnám v péči o duševní zdraví: bylo redukováno kolem 50 % lůžek a jedna psychiatrická nemocnice byla zavřena zcela. Bylo vybudováno 165 nemocničních psychiatrických jednotek. Byly vyvinuty ambulantní, komunitní a rezidenční služby. Poskytovatelé a uživatelé služeb stále více vyjadřují veřejně své názory (Turnpenny, Petri, et al., 2017).

Péče o duševní zdraví v Německu je poskytována v komunitě prostřednictvím akutních nemocničních postelí, komunitních center a zařízení multidisciplinárních týmů. Ačkoliv komunitní psychiatrie je k dispozici po celé zemi, kliniky a soukromé psychiatrické praxe jsou stále výraznými formami podpory. Nedávné vládní reformy směřují k rozvoji ještě dostupnější komunitní podpory, financování se ale bohužel snižuje, což smysluplné změny ohrožuje. V Německu stále žije velké množství lidí v zařízeních sociální péče nebo v pečovatelských domovech. Pro implementaci reformy v Německu se ukázaly důležitými politické a profesní nadšení (Bauer, M. et al., 2001).

## Francie

Od roku 2015 Francie již nemá národní plán duševního zdraví, protože předpokládá politiku v oblasti duševního zdraví a psychiatrie začlenit více na regionální úroveň s vlastními pravomocemi a zodpovědnostmi. V roce 2016 tak byla posílena existence a role „místních rad pro duševní zdraví“. Existují zde velké regionální rozdíly v poskytování duševního zdraví a sociální péče (Turnpenny, Petri, et al., 2017).

Francie se zaměřila v rámci transformace na rozdělení spádových oblastí, které pokrývají multidisciplinární týmy, v jejichž kompetenci je ambulantní, lůžková i preventivní péče. Do budoucna se země chce připravit na specifické potřeby a expertní centra specializovaná na specifické případy a podmínky (bipolární poruchy, závislosti, posttraumatické stresové poruchy atd.) (Winkler et al., 2013).

## Velká Británie

Lidé s duševními problémy ve Spojeném království mohou čerpat služby duševního zdraví a sociální péče na mnoha místech, zahrnující nemocnice, psychiatrické jednotky, komunitní služby a

podporované bydlení. Lidé s dlouhodobými problémy v oblasti duševního zdraví jsou podporováni, aby mohli žít nezávisle ve svém, případně chráněném domově (Turnpenny, Petri, et al., 2017).

Služby pro duševně nemocné jsou poskytovány v komunitách rozdělených dle spádových oblastí, v jejichž rámci operuje multidisciplinární tým, nadále dochází ke snižování počtu lůžek (Winkler et al., 2013).

## 2.2 Severní Evropa

### Dánsko

V posledních 30 letech proběhla v Dánsku deinstitucionalizace psychiatrické péče spojená se snížením lůžek o 60 – 70 %. Problémem zůstává dlouhá čekací lhůta pacientů na přijetí do léčby, a to někdy i více než 6 měsíců. Z toho důvodu bylo přijato opatření, že pokud pacient s epizodou psychózy (a s doporučením do léčby) čeká na léčbu déle než dva měsíce, je oprávněn využít i soukromé zařízení. (Winkler et al., 2013).

V Dánsku již neexistují žádné dlouhodobé psychiatrické instituce. Psychiatrická dlouhodobější lůžka poskytují v průměru 16 dní pobytu v běžných nebo specializovaných nemocnicích, zatímco akutní lůžka se nacházejí pouze v pohotovostních jednotkách. Komunitní podpora je poskytována prostřednictvím krátkodobých pobytů v zařízeních dočasného bydlení, případně existují komunitní domovy pro lidi s duševními problémy (Turnpenny, Petri, et al., 2017).

### Švédsko

Ve Švédsku bylo v souvislosti s vyšší mírou suicidality zavedeno inovativní zařízení psychiatrického pohotovostního oddělení, nacházející se v centru Stockholmu. Toto zařízení poskytuje 24hodinovou psychiatrickou pohotovostní službu. V regionu se nachází také mnoho mobilních týmů, které fungují od 8,00 do 20,00 hodin. Tyto týmy jsou však limitovány a v případě nenadálé situace, například náhlého pokus o sebevraždu, nemohou pružně reagovat. První kontakt v takových případech je většinou proveden s policejním oddělením, které dopraví pacienta do tohoto zařízení. Dále existuje od roku 2015 Psychiatrický tým pro reakci na mimořádné události, jehož hlavním úkolem je reagovat na tísňová volání týkající se osob s těžkým duševním onemocněním nebo poruchami chování, přičemž hlavní prioritou je prevence sebevražd. Tým jezdí ve vozidle podobném vozidlu rychlé záchranné služby a je složen ze záchranářů a psychiatrických sester (Bouveng et al., 2017).

## 2.3 Jižní Evropa

Ze států jižní Evropy byly vybrány ke stručnému popisu Itálie a Španělsko. Transformace v Itálii probíhala velice zajímavým, radikálním způsobem, vytvořeným entuziasmem týmu odborníků kolem psychiatra Basaglia. Španělská psychiatrická péče je inspirativní svým štedrým způsobem pojistného financování zohledňujícím věk pacientů.

## Itálie

Italská psychiatrická reforma v sedmdesátých letech byla jedna z nejradiálnějších pokusů v historii o zrušení psychiatrické praxe ve své tehdejší podobě. Jednalo se zejména o práci charismatického reformátora Francesca Basaglia, který si stanovil čtyři hlavní cíle, přičemž trvalo více než 30 let je naplnit. Čtyři cíle italské reformy byly: 1. postupné uzavírání všech psychiatrických nemocnic, 2. zřízení malých oddělení v rámci běžných nemocnic, s maximálně 15 lůžky, 3. vytvoření komunitních center duševního zdraví tak, aby poskytovala psychiatrickou péči geograficky definovaným oblastem, 4. zavedení přísných předpisů pro přijetí k nedobrovolné hospitalizaci. Přestože vytvoření center duševního zdraví a redukce nedobrovolných přijetí se vydařilo splnit brzy, drahý vývoj malých akutních psychiatrických oddělení ve velkých nemocnicích jako alternativa k psychiatrickým nemocnicím byl implementován velmi pomalu. Podle národního průzkumu italského Ministerstva zdravotnictví v roce 2001 bylo celkem 9300 akutních lůžek na celou Itálii, z nichž bylo až 4000 v soukromých zařízeních. S 1, 72 akutními lůžky na 10000 obyvatel, Itálie má jeden z nejnižších počtů psychiatrických lůžek v Evropě. Nevýhodou ovšem zůstává vysoké zatížení postižených rodin (Pycha, Giupponi et al., 2011).

## Španělsko

Reforma ve Španělsku začala již roku 1986. V současné době je péče o duševní zdraví (ambulantní, lůžková i specializovaná péče) plně hrazena ze zdravotního pojištění. Psychofarmaka jsou hrazena 60% u pacientů do 65 let a 100% u lidí starších. Poskytovaná péče se však v jednotlivých regionech liší (Winkler et al., 2013).

Nejvýznamnějšími úspěchy španělské psychiatrické reformy byly: rozvoj nové organizace péče o duševní zdraví, decentralizované a územně založené, integrace psychiatrických pacientů do celkové zdravotní péče, vytvoření rozsáhlé komunitní sítě zdravotních středisek a rozvoj pozitivnějších postojů k duševnímu onemocnění (Vazquez-Barguero, J. L., et al., 2001).

## 2.4 Střední a východní Evropa

Vývoj péče o duševní zdraví ve střední a východní Evropě za posledních 25 let zkoumali ve svém projektu Winkler, Krupchanka a kolektiv autorů v roce 2017. Z aktuálních informací je patrné, že



pracoviště péče o duševní zdraví se velmi liší napříč jednotlivými zeměmi, ale dokonce i uvnitř jednotlivých zemí. Národní politiky duševního zdraví často existují, ale reformy zůstávají nadále pouhou aspirací. Služby jsou založeny převážně na psychiatrických nemocnicích. Rozhodování o přidělování zdrojů není transparentní a často chybí ekonomická hodnocení komplexních intervencí a epidemiologických studií. Stigmatizace duševních onemocnění se zdá být vyšší než v ostatních evropských zemích, avšak míra zohledňování lidských práv a zapojování uživatelů do rozhodování se zvyšuje. Region zaznamenává rozvoj, který byl způsoben občanskými iniciativami podporovanými mezinárodními organizacemi, nikoliv však systematickým zaváděním vládních politik (Winkler, Krupchanka, et al., 2017).

## Maďarsko

Od roku 2000 vznikají v Maďarsku komunitní služby pro duševně nemocné, nejsou však propojeny legislativně ani funkčně se systémem zdravotní péče. Závažným problémem v zemi je odliv vystudovaných lékařů a specialistů do zahraničí, a také chybějící forenzní psychiatrie.

## Polsko

V Polsku je duševní zdraví primárně institucionalizováno v psychiatrických léčebnách a dlouhodobé pobytové péči. Dostupnost komunitních služeb je omezená. Existují právní záruky týkající se nedobrovolného umístění a nucené léčby, nicméně v institucích sociální péče. Systém právního postižení způsobilosti je v přímém rozporu s předpisy uvedenými v čl. 12 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

## 2.5 Jihovýchodní Evropa

Psychiatrické služby i duševní komfort obyvatel v zemích jihovýchodní Evropy byly mnohokrát negativně narušeny válkou, ekonomickými zvraty a humanitárními katastrofami.

Projekt duševního zdraví v tomto regionu byl navrhnout tak, aby podpořil přechod ke komunitně zaměřené péči duševního zdraví. Hlavními cíli bylo podpořit participující země v seznámení s vyvíjejícími se potřebami duševního zdraví jejich nejzranitelnějších obyvatel a vyvinout rámec konstruktivní a trvalé regionální kooperace na poli duševního zdraví. (WHO, 2008).

## Chorvatsko

V Chorvatsku jsou stále dost rozšířené dlouhodobé nemocnice a instituce sociální péče, podpora bydlení, jako například chráněné byty, nabízí pouze 213 míst. Jiné typy komunitních služeb existují

pouze sporadicky. V roce 2015 bylo zrušeno plné zbavení svéprávnosti. Chorvatsko má národní strategii deinstitucionalizace, ale ta pokrývá duševní zdraví jen nepatrně.

## Bosna a Hercegovina

Péče o duševní zdraví v Bosně a Hercegovině závisí do vysoké míry na dlouhodobých nemocnicích. Komunitní služby jsou většinou dostupné prostřednictvím externě financovaných ambulantních služeb. Počet nedobrovolných hospitalizací a omezení svéprávnosti jdou často ruku v ruce (Turnpenny, Petri, et al., 2017)

## 3. Reforma psychiatrie v České republice

### 3.1 Aktuální stav psychiatrie v ČR

Statistika z roku 2015 hovoří o 650,6 tisících ošetřených pacientech, z toho nejvíce tvoří pacienti s neurotickými poruchami. Zkušenost s psychiatrickým onemocněním má celkově 1 z 5 dospělých, přičemž 1 z 25 dospělých duševní nemocí trpí. Každý pátý žadatel o invalidní důchod trpí některou duševní poruchou. Právě kvůli těmto nemocem dostane za rok invalidní důchod přibližně 27 000 lidí (socialnopolitika.eu). Podíl HDP na péči o duševní zdraví činí 2,91 %. Pro srovnání ve Švédsku se jedná o 2583 na obyvatele a 10 % HDP, v Německu 2664 a 11 %, ve Francii 2727 a 12, 91 % (Winkler et al. 2013). Psychiatrické centrum Praha (nyní Národní ústav duševního zdraví) vytvořilo na základě zjištěných údajů sociomapsu, ze které vyšlo najevo, že **system psychiatrické péče v České republice je nejpodobnější zemím bývalého Sovětského svazu a Balkánu**. Charakterizuje jej především nízký podíl zdravotních výdajů na psychiatrii a silná koncentrace péče v psychiatrických nemocnicích.

Psychiatrická péče v České republice je financovaná totožně s ostatními zdravotními službami, **převážnou část výdajů tedy hradí zdravotní pojišťovny**. Péče je u ambulantních specialistů hrazena platbou za výkon, v nemocnicích probíhá financování formou vzniklých rozpočtů, s určitým ročním procentním nárůstem. Další způsob hrazení je spoluúčast pacientů, případně příspěvky a dotace obcí, krajů, MZ a MPSV. Komunitní psychiatrické služby jsou také hrazeny zdravotními pojišťovnami, ovšem s menším podílem, dále je přispíváno z grantů a projektů obcí, krajů, MZ a MPSV, ale i soukromých nadací, spoluúčastí pacientů, sociálními příspěvky a dary od fyzických a právnických osob. V rámci transformace **je nutné změnit formu úhrad ze zdravotního pojištění** (výkony v oboru nejsou založeny na materiálu a přístrojích, jádrem je především přímý kontakt s pacientem), i plateb samotných pacientů. Počítá se s využitím fondů EU (Raboch, Wenigová, et al. 2012).

### 3.2 Reforma psychiatrie v ČR

**Strategii reformy psychiatrické péče** schválil tehdejší ministr zdravotnictví ČR, MUDr. Martin Holcát, MBA a měla by proběhnout **v období 2014 – 2023**. Cílem reformy v nejširším pojetí je zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním. K transformaci stávajícího systému se Česká republika zavázala v lednu 2005 v Helsinkách připojením k dokumentům **Deklarace o duševním zdraví, Akčním plánu duševního zdraví pro Evropu a Zelené knize Komise evropského společenství**. V roce 2013 byla reforma psychiatrické péče schválena a stala se součástí **Národního programu reform** (Raboch, Wenigová, et al., 2012).

Pro podporu reformy psychiatrické péče vznikají **pravidelné kulaté stoly**. Poslední kulatý stůl měl název „Mysli na duši“ a proběhl 11. 4. 2017. Reforma bude finančně podpořena z **Integrovaného regionální operačního programu (IROP)** 2 miliardy Kč a z **Operačního programu zaměstnanost (OPZ)** 1,35 miliardy Kč. Prostředky z IROP mají sloužit na zřízení či rekonstrukce akutních oddělení všeobecných nemocnic, center duševního zdraví, stacionářů, ambulancí s rozšířenou péčí a vybavení mobilních týmů (Socialnipolitika.eu).

Cílem strategie je obecně řečeno **zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním**, specifickěji se jedná zejména o systémovou změnu spojenou se zvýšením psychiatrické péče, omezení stigmatizace lidí s duševním onemocněním i oboru psychiatrie celkově, zvýšení spokojenosti samotných uživatelů péče, zvýšení integrace lidí s duševním onemocněním do společnosti, zlepšení provázanosti všech služeb a humanizace současného stavu psychiatrické péče. Pilíře strategie budou spočívat v psychiatrických léčebnách (nemocnicích), centrech duševního zdraví, ambulancích a psychiatrických odděleních nemocnic (Raboch, Wenigová, et al., 2012).

Z tiskové zprávy Ministerstva zdravotnictví z 16. 6. 2016 vyplývá, že bylo podepsáno **Memorandum o spolupráci na realizaci reformy psychiatrické péče v ČR**. Memorandum podepsalo Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny a Psychiatrická společnost ČLS JEP. Signatáři se zavázali sdílet spolu informace a účastnit se na práci odborných a expertních týmů. Účelem je společný postup při zajištění udržitelného financování zdravotních služeb v souvislosti s reformou. Jedním z hlavních kroků by mělo být zřizování Center duševního zdraví, která by měla sloužit jako mezičlánek mezi ambulantní a lůžkovou péčí. **Do roku 2022 má vzniknout 30 těchto center.**

#### **Cíle strategie reformy byly stanoveny takto:**

- zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním
- zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování
- omezit stigmatizaci nemocných i oboru obecně
- zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí
- zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci
- zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb
- humanizovat psychiatrickou péči

(mzcr.cz).

Koncepce oboru psychiatrie, přijatá MZČR v roce 2011, počítá s **redukcí lůžek na přibližně polovinu**, se současným **navýšením akutní péče psychiatrických oddělení nemocnic**. Další

doporučení směřuje k vyšší podpoře vzniku ambulantních služeb typu psychiatrické ambulance, psychoterapeutické a krizové služby, denní stacionáře atd. Další výzvy směřují ke vzdělávání odborného personálu a podpory destigmatizačních aktivit.

Plánovaná transformace je **rozdělena do několika etap** rozdělených do první (**2014 – 2016**), ve které měly být vytipovány vhodné geografické oblasti pro poskytování péče za současného budování kooperujícího extramulárního systému péče se sítí ambulantních a komunitních zařízení, dále měla proběhnout diferenciací psychiatrických oddělení nemocnic (na zařízení komplexní akutní lůžkové péče a na komunitní centra s krizovými lůžky, denním stacionářem, ambulancí atd.), posílení akutní lůžkové péče a zároveň redukce lůžek v psychiatrických nemocnicích, možnost transformace některých nemocnic na zařízení sociální péče, budování speciálních služeb (např. výjezdových týmů) a vzdělávání odborníků. Ve druhé etapě (**2017 – 2018**) by měly pokračovat aktivity z první etapy a mělo by být dovyřešeno spolufinancování péče v oblasti zdravotní i sociální, kromě toho by měly vznikat pevné vazby primární, sekundární a i terciární sféry, včetně sociální péče a praktických lékařů. Ve třetí etapě, která je plánována **do roku 2020**, by mělo být dosaženo redukce celkového počtu lůžek následné péče o 30 – 50 % (Raboch, Wenigová, et al. 2012).

1. 1. 2014 vešel v účinnost nový Občanský zákoník, který upravuje **svéprávnost**. Důvodem k omezení svéprávnosti může být nyní pouze hrozící újma. Omezit svéprávnost lze pouze v konkrétních úkonech, dokud se nezmění okolnosti rozhodnutí, nejdéle však na 3 roky (lze prodloužit soudně). Hlavní změna oproti roku 2013 je tedy to, že již nelze člověka svéprávnosti zbavit zcela (Občanský zákoník, 2014).

Lidé s duševním onemocněním se stále častěji obrací na poskytovatele sociálních služeb, především s žádostí o chráněné bydlení. Je to způsobeno mimo jiné vlivem pozvolné změny psychiatrických nemocnic. Do těch se někdy lidé dostanou právě z důvodů nedostatku jiných odborníků v terénu (Příhonská, 2014).

### 3.3 Psychiatrická péče v Praze a Středočeském kraji

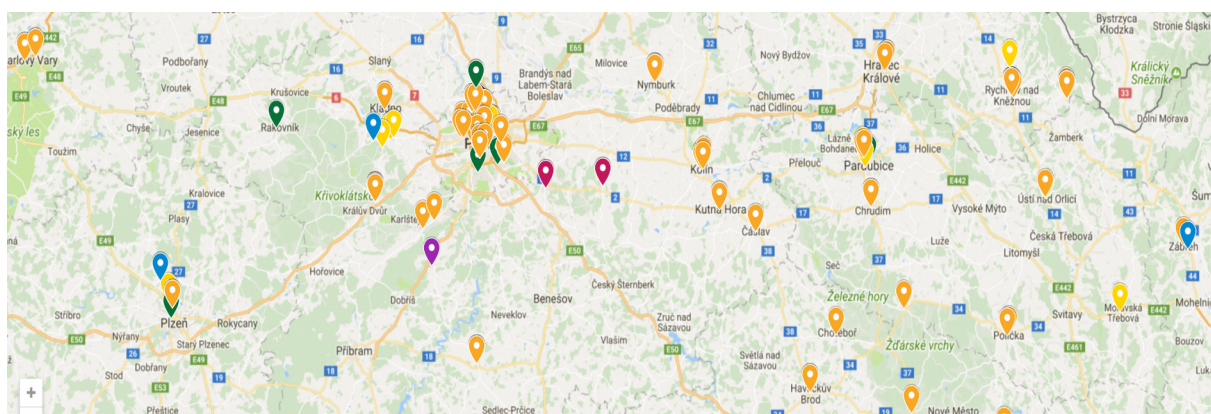
**Středočeský kraj** je rozlohou největší kraj České republiky, skládá se ze 12 okresů s 10 okresními městy. Jedná se o nejlidnatější region naší země, který tvoří 1 348 840 obyvatel. Celkem se ve Středočeském kraji nachází 27 nemocnic, z toho dvě psychiatrické – **Národní ústav duševního zdraví v Klecanech** a **Psychiatrická nemocnice Kosmonosy (ČSÚ)**.

Pro srovnání, **kraj Praha** má 1 290 073 obyvatel, celkový počet nemocnic je totožný, tedy 27 nemocnic. Psychiatrické nemocnice jsou v Praze také dvě – **PN Bohnice** a **ESET klinika**, kromě toho je zde několik psychiatrických klinik či oddělení nemocnic, viz tabulka (ČSÚ).

Návazné služby pro dospělé osoby s duševním onemocněním poskytuje v Praze dohromady 12 organizací, které pokrývají většinu regionu. Jsou nabízeny služby komunitního typu, jako je sociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny, chráněné a podporované zaměstnávání, chráněné a podporované bydlení, edukační a terapeutické skupiny, denní stacionáře, sanatoria, komunitní týmy poskytující case management. V oblasti se nachází **jedno centrum duševního zdraví na Praze 8**, další dvě však vznikají a měla by být v provozu do konce roku 2018 (Prosek, Břevnov). Dále se v regionu nachází 4 poskytovatelé krizové intervence, z toho jedna telefonická. Nejdominantnější poskytovatel následných služeb v Praze je nezisková organizace Fokus, která disponuje třemi komunitními týmy, dvěma krizovými týmy, týmem podporovaného a chráněného bydlení, týmem podpory zaměstnávání, sociálně terapeutickými dílnami, denním sanatoriem, nízkoprahovým klubem a ve spolupráci s PN Bohnice provozuje Centrum duševního zdraví.

Ve Středočeském kraji poskytuje následné služby v oblasti duševního zdraví přibližně 25 poskytovatelů, někteří se objevují ve více oblastech regionu. Více oblastí pokrývá převážně komunitními týmy organizace Fokus, dále církevní organizace (Diakonie ČCE, Farní charita). Ve středních Čechách též působí na více místech organizace Mela a Rytmus. Služby jsou poskytované většinou pomocí chráněného bydlení nebo volnočasových center, která ale nejsou zřízena primárně pro lidi s duševním onemocněním, ale ve většině případů pro zdravotně postižené jedince obecně, případně pro seniory, přičemž lidi s duševními nemocemi jsou přidruženou cílovou skupinou. V oblasti dále operují čtyři poskytovatelé krizové pomoci. Není zde centrum duševního zdraví. Z mapy služeb vyplývá, že **služby jsou v regionu rozloženy nerovnoměrně a nepokrývají dostatečně celou oblast**. Jsou soustředěny kolem větších okresních měst bez možnosti výjezdu terénních týmů.

Pro účely této práce byly vytvořeny přehledné tabulky návazných sociálních služeb v Praze a Středočeském kraji, dále tabulka lůžkových psychiatrických zařízení v obou krajích. Tabulky jsou aktuální k datu 02/2018. Z přehledů jsou vyloučeny služby pro osoby s poruchami příjmu potravy, se závislostmi na návykových látkách, všechny typy demencí, organizace pro děti a mládež, a také placené sociální a pečovatelské služby.



**Obrázek 1** – Mapa rozvrstvení návazných sociálních služeb v Praze a Středočeském kraji (mujmindset.cz)

**Tabulka 1** – Návazné sociální služby komunitního typu v Praze

Název organizace	Typ poskytované služby
Fokus Praha	CDZ, krizový tým (2 x), podporované a chráněné bydlení, tým podpory zaměstnávání, STD, chráněné dílny, denní sanatorium, nízkoprahový klub, svépomocný klub, komunitní asertivní týmy (3)
Baobab	Sociální rehabilitace (2 x), podporované bydlení, chráněné bydlení
Bona	Chráněné bydlení, komunitní centrum, socioterapeutické centrum, sociální rehabilitace, podpora samostatného bydlení
ESET-HELP	Komunitní tým, podpora zaměstnávání, chráněné bydlení, Centrum denních aktivit
Kaleidoskop	Následná péče
Via Roseta	Sociální rehabilitace, Tréninkové zaměstnávání
Green Doors	Podpora zaměstnávání
Diakonie ČCE	Služby následné péče (Dobroduš)
Denní psychoterapeutické centrum Ondřejov	Denní sanatorium, podporované bydlení, psychoterapeutické skupiny, krizová intervence

VIDA	Odborné sociální poradenství
Česká společnost pro duševní zdraví	Komunitní tým, volnočasové aktivity
Centrum Krizové intervence při PN Bohnice	Krizová intervence
Pražská linka důvěry - CSSP	Telefonická krizová intervence
Krizové centrum RIAPS	Krizová intervence, krátkodobý lůžkový pobyt
SOS Centrum – Diakonie ČCE-SKP v Praze	Krizová intervence
Denní sanatorium Horní Palata	Denní sanatorium

(Registr sociálních služeb, mujmindset.cz, Fokus Praha, upraveno autorem).

**Tabulka 2** – Návazné sociální služby komunitního typu ve Středočeském kraji

Oblast	Název organizace	Typ poskytované služby
Praha-východ, Praha- západ	Fokus Praha – tým Dolní Povltaví	Komunitní tým, chráněné bydlení
Klečany u Prahy	Národní ústav duševního zdraví	Denní stacionář, odborné sociální poradenství
Dobřichovice	Náruč	Sociální rehabilitace
Řevnice	Modrý domeček	Sociální firma
Beroun	Lomikámen, Farní charita	Sociální rehabilitace, podpora zaměstnávání, STD, denní stacionář, terénní program, chráněné zaměstnávání
Kladno	Baobab, Zahrada, Linka důvěry – V.O.D.A., Sociální dům OS ČCK Kladno	Komunitní tým, STD (2 x), denní stacionáře, svépomocná skupina, krizová pomoc
Kolín	Fokus, Mela, Diakonie ČCE	SR, STD, komunitní tým, chráněné bydlení, občanská poradna, denní stacionář



Kutná Hora	Domov Barbora, Oblastní charita Kutná Hora, Rytmus, Linka důvěry – Poradna pro lidi v tísní	SR (3 x), denní stacionáře, krizová pomoc
Mladá Boleslav	Fokus, Linka důvěry SOS	SR, STD, podporované zaměstnávání, program podpory bydlení, psychologická ambulance, komunitní tým, krizová pomoc
Nymburk	Centrum ambulantní sociální rehabilitace Nymburk, Fokus	SR (2 x), komunitní tým, STD, chráněné bydlení
Rakovník	VIDA centrum	Sociální poradenství
Říčany	Terapeutické centrum Modré dveře	Sociální rehabilitace, krizová pomoc
Mníšek pod Brdy	Magdaléna	Služby následné péče, terapeutická komunita
Čáslav	Diakonie ČCE – středisko Střední Čechy	STD, SR, denní stacionář, týdenní stacionář
Mnichovo Hradiště	Fokus	STD
Kosmonosy	Fokus	STD
Mělník	Fokus	Komunitní tým
Unhošť	Centrum služeb Slunce všem	STD, chráněné bydlení, sociální poradenství, chráněné bydlení, podporované zaměstnávání
Kostelec nad Černými lesy	Terapeutické centrum Modré dveře	Sociálně aktivizační služby, SR
Čestlice	ENVERO	Chráněné zaměstnávání
Mnichovo Hradiště	Denní centrum pro seniory JIZERA	Denní stacionář
Rataje nad Sázavou	Domov Iváň	Chráněné bydlení
Sedlčany	Mela	STD, chráněné bydlení

Borotice	Stéblo	STD
Vysoký Chlumeč	Mela	Chráněné bydlení
Benešov u Prahy	Rytmus	SR
Srbeč	Týdenní stacionář Dobromysl	Týdenní stacionář
Kamýk	Kaleidoskop	Terapeutická komunita

(Registr sociálních služeb, mujmindset.cz, Fokus Praha, upraveno autorem).

Vysvětlivky:

SR – Sociální rehabilitace

STD – Sociálně terapeutické dílny

**Tabulka 3** – Psychiatrická lůžková zařízení v Praze a Středočeském kraji

<b>Kraj</b>	<b>Název Nemocnice</b>
Praha	Psychiatrická nemocnice Bohnice
Praha	VFN Psychiatrická klinika Ke Karlovu
Praha	Ústřední vojenská nemocnice Praha – psychiatrické oddělení
Praha	ESET – psychoterapeutická a psychosomatická klinika
Praha	Dětská psychiatrická klinika 2. LFK a FN Motol
Středočeský	Národní ústav duševního zdraví (NÚDZ)
Středočeský	Psychiatrická nemocnice Kosmonosy

(Psychiatrická společnost ČLS JEP, upraveno autorem).

## 4. Stigmatizace

Stigma lze definovat jako „označení, kterým se nějaká osoba ve své skupině negativně odlišuje od platných standardů, především od psychické, fyzické nebo sociální normality, což ji ohrožuje v její sociální identitě a plném přijetí ze strany druhých“ (Juríčková, et al., 2013, s. 39). **Stigma duševních nemocí** charakterizují nedostatek informací, obavy, předsudky a diskriminace. Stigmatizaci duševně nemocných často posilují i média, která podporují společenské očekávání a priori nebezpečnosti lidí s potížemi v duševní oblasti. **Teorie nálepkování** (labeling) se zabývá tím, jak je konkrétní chování společností označováno deviantním (Juríčková, et al., 2013).

### 4.1 Příčiny stigmatizace

V historii byli lidé s duševním onemocněním považováni za odsouzeníhodné a hříšné. V současnosti hovoříme v této souvislosti o heterostereotypu – tedy souhrnu vlastností, který obsahuje předsudky o duševně nemocném, povětšinou se jedná o stereotypy negativní. Stereotypy o duševně nemocných lidech si obvykle lidé vytvářejí už v dětství na základě postoje rodičů a nejbližšího okolí (Ocisková, 2016). Tendence ke stigmatizování tohoto typu onemocnění patrně vychází z historie, kdy byly duševní nemocní považováni za posedlé démonem. Přestože tyto názory již nepřevládají, pacienti jsou stále považováni za více nebezpečné, a odpovědné za svůj zdravotní stav. Zajímavé je srovnání s lidmi trpícími nemocemi jako tuberkulóza nebo epilepsie, kteří byli v minulosti též stigmatizováni, nadále však sociálním ostrakismem netrpí. Pro běžného člověka je náročné akceptovat chování, které výrazně vybočuje z normy a lidé s duševním onemocněním často vykazují v chování bizarní prvky (Fink, 1992).

Druhy stigmatu lze rozdělit na **sociální** (předsudky společnosti), **strukturální** (vztah institucí ke stigmatizovaným), **vnímané** (očekávané přesvědčení), **zakoušené** (reálně prožívané stigma) a **internalizované** (sebestigmatizace) (Ocisková, 2016).

### 4.2 Důsledky stigmatizace

Stigmatizace duševního onemocnění má devastující účinky na osobní vztahy, rodičovství a péči o děti, vzdělávání, práci i bydlení. Odmítavé chování ostatních může navíc přinést větší znevýhodnění, než samotný zdravotní stav postiženého jedince. V době existence nevídaného objemu informací ve veřejném prostoru, je míra přesných znalostí o duševních chorobách (někdy nazvaná jako „psychiatrická gramotnost“) nízká (Thornicroft, Rose, et al., 2007).

U nemocných dětí a adolescentů je stigmatizace v obecných rysech shodná se stigmatizací dospělých. Děti však nerozumí své diagnóze do takové míry, jako dospělý jedinec, přisuzují jí tedy zpravidla

takový význam, jaký cítí z okolí (od rodičů atd.). U dětí s duševními poruchami se vyskytuje jev i tzv. „**sekundární stigmatizace**“, postihující rodiče nemocných dětí (Stárková, 2013).

Obavy ze stigmatizace přispívají k tomu, že lidé s psychickými problémy včas nevyhledají vhodnou odbornou pomoc, případně popírají psychickou stránku potíží, hledají somatické vysvětlení, a na základě toho navštěvují somatické odborníky. Jsou to někdy právě i somatictí odborníci, kteří se natolik obávají sdělit pacientovi podezření na psychickou příčinu jejich onemocnění a odeslat je k psychiatrovi, že se je delší dobu pokouší s větším či menším úspěchem léčit sami, s nebezpečným důsledkem chronicity vzniklého onemocnění (Praško, Diveky, et al., 2012).

### 4.3 Stigma v psychiatrii

Psychiatrie jako obor má vytvořené jisté stigma tím, že byla v historii několikrát zneužita režimem (nacismus, komunismus), ale také tím, že má kromě léčebné funkce i funkci kontrolní (detence). U části méně vzdělané společnosti může být samotná postava psychiatra vnímaná jako ohrožující („vidí do mě“). (Praško, Diveky et al., 2012). **Destigmatizace u zdravotnického personálu** by měla být součástí pregraduální výuky, která by měla být praktičtěji zaměřená. Obor psychiatrie by mohly učinit atraktivnějším přednášky zdůrazňující interdisciplinaritu s jinými obory, například s neurovědami (Ocisková, 2016).

V provozním nastavení nemocnic psychiatrii a zdravotní pracovníci stigma v podstatě, ať již vědomě či nevědomě, udržují v chodu. Psychiatrická oddělení jsou založena na očekávání bizarního, nenormálního a nekontrolovatelného chování. Systém hospitalizace v psychiatrické nemocnici není nastaven tak, aby odpovídal běžné každodenní rutině mimo zdi nemocnice, naopak, pacienti mají celou řadu omezení, dokud nedokáží, že nejsou nebezpeční. Normalita musí být dokázána předtím, než pacient dostane stejná práva, která by vlastnil doma. Například, v nemocnici musí být běžně pacienti v posteli ve 21 nebo 22 večer, ačkoliv většina lidí v tuto hodinu spát ještě nejde. Pokud pacient nespolupracuje, může se stát, že dostane spánkovou medikaci, nebo je pojímán jako nespolupracující, případně v léčbě rezistentní (Fink, 1992).

### 4.4 Účinný boj proti stigmatu

Na straně postiženého jedince je velmi důležité zpracování stigmat i na subjektivní úrovni. Pokud se nemocný jedinec považuje za méněcenného, může to v důsledku zhoršovat jeho uplatnění ve společnosti, například se začne vyhýbat potenciálně náročným situacím a kontaktům, čas tráví výhradně ve skupině dalších duševně nemocných atd. (Raboch, Pavlovský, 2013). Stigma i **self-stigma** vede ke snížení sebeúcty pacienta, sociální izolaci a dalším nežádoucím sociálním jevům.

Ukazuje se, společný kontakt duševně nemocných lidí například se studenty snižuje stigma, pravděpodobně mechanismem strachu z neznámého, který tímto opadá (Ocisková, 2016).

Společnost může pro snížení stigmatizace pořádat kvalitní destigmatizační kampaně, u kterých zkušenost ukazuje pozitivní efekt. Jako příklad ze světa lze uvést například kampaň v Austrálii, kde byly vybrány státy, které získaly intenzivní koordinovaný program za účelem zvýšení znalostí o depresi. Ukázalo se, že obyvatelé těchto států následně častěji poznali rysy deprese a přijali léčbu pomocí poradenství a léčby, než obyvatelé států, které se kampaně neúčastnili (Thornicroft, Rose, et al., 2007).

Účinné **destigmatizační kampaně** jsou zpravidla ty, které jsou úzce zaměřené na konkrétní psychiatrickou diagnózu. Tedy například destigmatizační kampaň na schizofrenii atd. Jako efektivní se dále ukázalo upozorňovat na biologickou, ale i situační složku vzniku nemoci. Nutné je zdůraznit v samotných kampaních, že nemoc je pouze okrajová část osobnosti člověka, který tím nijak neztrácí svou hodnotu. Z tohoto důvodu je vhodnější používat označení „člověk s hraniční poruchou osobnosti“, nikoliv „hraničář“ atd., stejně tak je lepší používat termín „porucha“ než „choroba“ (Ocisková, 2016).

Destigmatizace se u veřejnosti dá provádět trojím způsobem – **edukací, protestem a kontaktem**.

U edukace se předpokládá, že stigmatizace vzniká z důvodu nedostatečné informovanosti. Tento způsob je efektivní, ale ukazuje se, že zpravidla ne dlouhodobě. Protest charakterizuje otevřený konfrontační přístup, vystupuje proti zobrazování jedinců s duševními poruchami ve filmech, reklamách atd. Efekt může nastat, ale v některých případech může být naopak zcela opačný než zamýšlený, tedy zesílí předsudky právě na základě protestu. Jako nejefektivnější způsob destigmatizační kampaně se tak jeví kontakt. Tento přístup se zakládá na přímém kontaktu veřejnosti s člověkem se zkušeností s duševním onemocněním se snahou o vytvoření realističtějšího pohledu a snížení strachu (Ocisková, 2016).

## 4.5 Destigmatizační aktivity

Ve Velké Británii vznikla v souvislosti se stigmatizací duševních onemocnění iniciativa „Time to change“. Snaží se změnit postoje veřejnosti především v oblasti mezilidských, pracovních a školních vztahů. Publikují videa, články, kvízy, výzvy, osobní příběhy atd. V České republice na podobném principu fungují webové stránky **Stopstigma** pod organizací Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Tato iniciativa si mimo jiné klade za cíl vyvracet mýty, které kolem duševního onemocnění vznikají (namátkou schizofrenie jako rozdvojená osobnost, sklony k násilnému chování u nemocných, neléčitelnost duševních nemocí atd.). Součástí stránek je i online poradna.

Dále je v ČR realizována celá řada destigmatizačních projektů – **Blázníš? No a!** - preventivní program pro žáky základních a středních škol zahrnující i zážitkovou část, **Čistá duše** - osvětový projekt o schizofrenii, **Týdny pro duševní zdraví** – osvětová akce pro veřejnost formou happeningu, **Nevypust' duši** – osvěta a prevence duševních onemocnění (sociální sítě, workshopy), **Studio 27 „zaostřeno na duši“** - filmařský a žurnalistický tým složený z lidí se zkušeností s duševním onemocněním, **Mindset** – destigmatizační virální videa, výpovědi známých osobností, **Mezi ploty** – úspěšný hudební festival odehrávající se v areálech psychiatrických nemocnic, **SPOLU** – projekt, kdy studenti psychologie a medicíny organizují volnočasové aktivity pro hospitalizované pacienty a pacienty využívající následných služeb. Projekt SPOLU je inovativní a v Evropě ojedinělý koncept, který vznikl původně jako studentská iniciativa. Od roku 2004 je realizován také projekt **Změna**, projekt je zacílen na pozitivní změny ve vnímání duševních poruch a psychiatrie jako oboru ze strany veřejnosti a státní správy. (cmhd.cz)

## 5. Komunitní psychiatrické služby

Pojem **komunita** z psychologického hlediska označuje typ organizace, ve které nejsou vztahy nadřazenosti a podřazenosti, v důsledku čehož dochází k lepší komunikaci a spolupráci. Příklady jsou například na úrovni území - vesnice, sousedství, na úrovni organizační - škola nebo domov a na úrovni interakční se projevuje jako pocit sounáležitosti, spolupráce, respektu a přátelství. Nejideálněji pro účely této práce lze použít pojem komunita jako „obec“ – tedy společenství lidí, kteří žijí v přirozeně vymezené oblasti, sdílejí její instituce a funkce a spolupracují v běžných záležitostech (Pěč, Probstová et al., 2009).

### 5.1 Cíle a podoba komunitních služeb

Komunitní psychiatrie vychází z potřeb komunity – tedy skupiny obyvatel v konkrétním prostředí a čase, její jednotlivé složky by měly navzájem **spolupracovat, navazovat na sebe** a být pro cílovou skupinu **dostupné**, přičemž cílem zdravotně sociálních intervencí je, aby uživatelé služeb dokázali **žít v běžných životních podmínkách**, zvládli provádět obvyklé sociální role a zvládali být v maximální možné míře samostatní. Spojení zdravotních a sociálních služeb se jeví z dlouhodobého hlediska jako nejefektivnější. Nejideálnější formou komunitní péče se jeví multidisciplinární týmy, které jsou mobilní a flexibilní a jdou přímo za nemocným (Hejzlar, et al., 2010).

Cílem komunitní péče je **začlenění do komunity a léčba v komunitě**. Myšlena je tím profesionální pomoc v přirozeném prostředí klienta (případové vedení, podporované bydlení a zaměstnání), ale i **podpora lidí v blízkém vztahu ke klientovi** tak, aby oni sami mohli klientovi poskytnout účinnou pomoc. Komunitní péče v sobě mimo jiné zahrnuje práci s celou rodinou klienta. V tomto ohledu se osvědčilo rodinné poradenství, ale i rodinné skupiny (s pacienty nebo bez). Na rodinných skupinách je členům poskytnuta psychoedukace, ale také vzájemné sdílení a výměna zkušeností mezi sebou navzájem (Pěč, Probstová et al., 2009).

**Hlavními myšlenkami komunitní péče jsou:**

- Předpoklad, že duševní poruchu nelze uzdravit pouze a výlučně prostředky medicíny vytržené z kontextu individuálního a sociálního života
- Komunita jako přirozené společenství má vlastní zdroje podpory, kterými zdravotní a sociální služby nedisponují
- Podpora komunity nemocným je oboustranně obohacující proces, pomáhající odstranit nežádoucí jevy typu xenofobie



- Setrvání v přirozeném prostředí klienta je prevencí sociální exkluze, a tím snižuje efekt stigmatizace
- Snižuje nemocnost klienta ve smyslu „nemoc = ne moc“
- Zvyšuje nezávislost a samostatnost klientů
- Zaměřuje se na funkční hendikep, tedy ne výlučně na symptomy nemoci, podporuje celkové zotavení
- Usnadňuje dodržování lidských práv a důstojnosti jednotlivců

(Pěč, Probstová et al., 2009).

Mezi základní pozitiva komunitního přístupu v péči o pacienta patří zajištění komplexní péče o klienta (široká paleta nabízených služeb), alternativní možnost k hospitalizaci a prevence. Komunitní péče obecně se snaží klást důraz na **zdravé složky v pacientovi**, zjišťuje, co se mu osvědčilo, co mu pomáhá, a v tom ho podporuje. V centru zájmu tedy není nemoc. Více než na vlastní psychopatologii se zaměřuje na klientovo okolí a životní podmínky. Klient v komunitní péči **spolurozhoduje** o poskytnutí služeb, podílí se na plánování (Mahrová, 2008).

Prakticky probíhá komunitní péče v běžných životních podmínkách tak, že například klient dochází do stacionáře umístěného v blízkosti jeho bydliště, dále tím, že komunitní tým pracuje nejen s ním, ale i s jeho okolím (rodinou, sousedy), zapojeny jsou i další služby, například policie, kteří daného klienta znají a jsou připraveni reagovat na jeho specifické potřeby (Pěč, Probstová et al., 2009).

## 5.2 Rehabilitační programy

Psychiatrické rehabilitační programy by měly mít poslání pomáhat lidem s duševním onemocněním zvýšit jejich schopnost vést běžný, samostatný život s co největší mírou profesionální podpory. Rozvinuly se v souvislosti s deinstitucionalizační vlnou v západní Evropě a USA v 2. polovině 20. století. Hlavním záměrem bylo **snížit chronicitu** duševních onemocnění a zapojit lidi s duševním onemocněním do samostatného života v přirozené komunitě. Základní komponenty těchto programů jsou vyšetření, plánování a intervence. Rehabilitačních programů je celá řada, patří mezi ně například model ACT, jedná se o asertivní komunitní léčbu, pocházející z USA. Tento model byl vytvořen pro pacienty s rizikem rehospitalizace, kterým nestačila běžně dostupná ambulantní péče. Tento model vykazuje řadu pozitiv – jako například intervence v domácím prostředí pacienta, pomáhající vztah, schopnost aktivně zapojit klienta atd. Dalším rehabilitačním programem je Clubhouse program, fungující na principu komunity složené z pacientů a personálu. IPS program je způsob organizování

služeb pracovní rehabilitace, jehož cílem je zaměstnání na otevřeném trhu práce. Programy na podporu bydlení odpovídají na potřebu duševně nemocných lidí žít v co nejpřirozenějším prostředí. Existují dlouhodobé či přechodné formy, při obou je přítomen odborný personál pracující na zlepšení dovedností samostatně bydlet. V České republice probíhají rehabilitační programy zpravidla prostřednictvím **nestátních neziskových organizací** (Vachková, 2008).

## Recovery přístup

Vyspělé země mají stanovené v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním základní paradigma **zotavení (recovery)**. Princip zotavení považuje za úzdravu takový stav, kdy má pacient pouze běžné starosti a vede nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení, která nemoc způsobuje. V přístupu recovery je patrný odklon od důrazu na diagnózu, deficit a výlučného medicínského pojetí celkově. Vyžaduje od nemocného aktivní spolupráci a zahrnuje asymetrický vztah odborník-pacient. Proces zotavení probíhá v několika fázích:

1. **stabilizace** – kontrola projevů nemoci
2. **reorientace** – zpracování prožitého, hledání nové perspektivy, posílení silných stránek, cílů, rolí...
3. **reintegrace** – uplatnění člověka ve funkčních rolích, maximalizace samostatného života

(Páv, Pluhaříková Pomajzlová et al., 2017).

## Psychosociální rehabilitace

Cílem aktivit psychosociální rehabilitace by měla být lepší adaptace pacienta při návratu z léčby ke svým běžným činnostem a sociálním vztahům. Tato rehabilitace se zaměřuje buď na krátkodobé, nebo dlouhodobé cíle, někdy tedy pokračuje i po propuštění z nemocnice. Součástí rehabilitace je i **psychoedukace**, kdy je pacient poučen o povaze své diagnózy, o možnostech léčby, vedlejších účincích psychofarmak atd. Vhodné je zapojit do edukace i členy rodiny a další blízké osoby pacienta, z důvodu vylepšení celkového klimatu v rodině, který hraje v procesu úzdravy pacienta podstatnou roli. V některých případech je vhodné nabídnout rodinnou terapii. Kromě psychoedukace je s klientem možné v rámci rehabilitace provádět **nácvik sociálních vztahů**, tato aktivita zpravidla probíhá ve stacionářích, psychosociálních centrech, socioterapeutických klubech, svépomocných skupinách atd. V denních stacionářích dochází k nácviku strukturování volného času a pracovního režimu. Psychosociální centra nabízí směs psychiatrických, psychologických a sociálních služeb, případně poradenství. V centrech bývají možnosti volnočasových aktivit, jako je například kroužek angličtiny,

vaření apod. V socioterapeutických klubech je v popředí zájmu setkávání s ostatními jedinci s obtížemi v duševní oblasti. Soudržnost a vzájemná podpora skupiny může působit pozitivně na snižování sociální izolace a ke zvýšení kvality života.

Jedním z nosných návrhů v rámci reformy je zařazení rehabilitačních oddělení přímo do psychiatrických nemocnic. Existují pacienti, kteří návazné služby pravděpodobně nevyužijí (dlouhodobě neléčení lidé, ochranné léčby atd.). Tato forma léčby by přímo navazovala na akutní péči a začala by odborným mapováním potřeb, silných stránek, zdrojů podpory a vytvářením individuálního plánu. Jednotlivá oddělení nemocnic, která by psychosociální rehabilitaci poskytovala, by si kladla za cíl podporovat sebedůvěru, samostatnost a naději lidí s duševním onemocněním, a také pomoc překonávat potíže s nemocí související (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

## Denní stacionáře

Denní stacionáře jsou zařízení, která mohou sloužit jako alternativa hospitalizace, nebo možnost dřívějšího ukončení pobytové lůžkové péče, rozšíření ambulantní péče, nebo jako psychosociální rehabilitace a resocializace. Do stacionářů docházejí zpravidla pacienti pravidelně během dne a účastní se různých psychoterapeutických aktivit. K roku 2004 bylo v České republice evidováno dohromady 21 denních stacionářů.

## Krizová centra a mobilní týmy

Krizová služba původně vznikla jako prevence sebevražedného chování, dále se krizová pomoc využívala při následcích hromadných neštěstí a psychických traumat. Nově působí na poli komunitních služeb krizové služby formou krizových center a mobilních týmů. V krizových centrech je poskytována nepřetržitá (24/7) a bezbariérová pomoc potřebným - pomoc probíhá pomocí krizové intervence, krátkodobé psychoterapie či poradenství, farmakomedikace, v závažných případech i krátkodobým lůžkovým pobytem. Multidisciplinární krizový tým obvykle řeší kromě suicidální problematiky také poruchy přizpůsobení, reakce na akutní stres, akutní psychotické stavy, akutní dekompenzace u poruch osobnosti, vztahové a rodinné krize atd. Mobilní krizový tým je vybaven na to poskytnout pomoc přímo v místě vzniku krize (Tomáš, Marková, et al., 2014).

## 5.3 Nové trendy v poskytování psychosociální rehabilitace

### Case management

**Case management** je individuální plánování a poskytování komplexních služeb. Obvykle bývá časově omezené a v závěru evaluované. V centru plánování služeb stojí jeden kontaktní pracovník (case

manager), který společně s klientem plánuje a realizuje podporu pomocí nasazení více druhů služeb státních i nestátních subjektů. Fáze case-managementu jsou navázání kontaktu s klientem, zhodnocení stavu, zprostředkování služeb a ukončení spolupráce, plus evaluace (Mahrová, 2008).

## Centrum duševního zdraví

Tato centra by měla být v souladu s cíli reformy jedním z pilířů poskytování zdravotně-sociálních služeb. Péče je poskytována **nízkoprahově, individualizovaně**, zejména lidem s vážným duševním onemocněním (Severe Mental Illness – SMI). Služba je založena na koordinaci potřebných a dostupných služeb v okolí pacienta. Funkcí tohoto mezičlánku mezi primární a lůžkovou péčí je především **prevence** či zkracování hospitalizací a **podpora při reintegraci do běžné komunity**. CDZ fungují na principu **spádových oblastí** a snaží se o funkční propojení ambulantní a lůžkové péče. V rámci center fungují **multidisciplinární týmy**, které společně pracují formou case managementu. Jedná se tedy o vzájemně propojenou lékařskou, klinickopsychologickou a sociální podporu v daném regionu (60 – 140 000 obyvatel), (Reformapsychiatrie.cz, 2017).

### Složení a kompetence týmu CDZ:

#### Psychiatr

Psychiatrický lékař je v týmu garantem zdravotní péče. Posuzuje rizikovost stavu, indikuje hospitalizaci. Odpovídá za nastavení postupů v krizi a postupy řešení při relapsu onemocnění klienta. Diagnostikuje a určuje farmakoterapii. Tento psychiatr by měl být pevnou součástí multidisciplinárního týmu, tedy ne jen externistou, měl by také poskytovat zdravotní péči i v terénu, neomezovat se na prostředí ambulance.

#### Zdravotní sestra

Jedná se o všeobecnou sestru, nebo sestru se specializací pro péči v psychiatrii (tzn. Psychiatrickou sestru). Kompetence zdravotních sester v týmu jsou popsány ve Vyhlášce 55/2011, o činnostech zdravotních pracovníků, kromě toho vystupují také v roli case managerů. Kromě plánování služeb a sledování rizikových faktorů je také pracovník schopný rozpoznat zlepšení či zhoršení psychického stavu. Dále provádí poradenství, cílené aktivity (trénink kognitivních funkcí, edukace, nácvik sociálních dovedností atd.). Poskytuje i psychoterapeutickou podporu.

#### Klinický psycholog

zpravidla poskytuje různé druhy psychoterapie (skupinovou, párovou, individuální...), další terapeutické a rehabilitační aktivity, vede programy pro širší okolí klienta, provádí psychodiagnostiku a poskytuje podporu ostatním členům týmu (metodické vedení...).

### **Sociální pracovník**

Provádí sociální šetření, poradenství, nácvik sociálních dovedností, pomáhá s mobilizací zdrojů komunity (bydlení, sociální dávky...), pracuje s rodinou klienta, vyhodnocuje potřeby a rizikové faktory v okolí klienta, používá cílené aktivity (nácvikové, edukační), pomáhá klientům zajišťovat základní finanční potřeby.

### **Peer konzultant**

Peer konzultanti jsou osoby se zkušeností s duševním onemocněním, kteří absolvovali kurz pro peer pracovníky, obvykle též rekvalifikační kurz pro naplnění požadavků zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Jejich přínosem je poskytování zpětné vazby členům týmu z pohledu uživatelů služeb a pomocí své osobní zkušenosti pomáhají klientům najít osobní cestu zotavení. V krizových situacích to mnohdy mohou být právě oni, komu se podaří s klientem navázat kontakt.

(reformapsychiatrie.cz, Prototopová, 2017).

## **ITAREPS**

Mezi inovativní preventivní pomůcky v psychiatrické péči patří zejména program ITAREPS (Information Technology Aided Relaps Prevention in Schizophrenia). Program umožňuje **včasně rozpoznání varovných signálů relapsu** psychotického onemocnění pomocí moderních komunikačních a informačních technologií. Tím funguje jako prevence relapsu duševního onemocnění i hospitalizace, usnadňuje komunikaci mezi lékařem a pacientem. Program vyvinuli odborníci z Psychiatrického centra Praha (nyní NÚDZ) pod záštitou Academia Medica Pragensis s.r.o. Účastníky opatření jsou pacient, ambulantní psychiatr a blízký rodinný příslušník (někdo, kdo žije s pacientem ve společné domácnosti). V pravidelné týdenní periodicitě vyplní pacient i osoba jemu blízká jednoduchý desetibodový dotazník týkající se pacientova stavu a potenciálních varovných příznaků. V podobě číselné odpovědi odpoví oba účastníci pomocí SMS zprávy na telefonní číslo ITAREPSu. Vyplnění zabere přibližně 5 minut. Ambulantní psychiatr si bude moct zobrazit skóre konkrétního pacienta v podobě spojnicového grafu na zabezpečených internetových stránkách. Při překročení arbitrárně vymezené hodnoty přijde na email psychiatra varovný ALERT (itareps.cz).

V roce 2006 se jednalo ve světě o ojedinělý projekt, který účinně odpovídá na problematiku relapsů závažných duševních onemocnění. Více než 80 % pacientů se schizofrenií po první epizodě zažije

během následujících pěti let minimálně jeden další relaps, a to i během udržovací léčby. Zvýšený počet relapsů může prohloubit deficit v sociální oblasti a snížit odpověď na následnou léčbu. Přitom je prokázáno, že schopnost **zachytit časné příznaky nemoci** má přibližně 60 % nemocných. V případě zaznamenání výstražné informační zprávy zahájí psychiatr včasnou intervenci, která může být v podobě telefonického kontaktu, objednání pacienta, nebo dočasné zvýšení medikace.

Hospitalizace v souvislosti s psychotickými onemocněními je v ČR jednou z nejdelších ze všech medicínských oborů, průměrně tvoří její léčba 118,5 ošetrovacích dnů (Španiel, 2006).

Přes své zjevné klady se dosud, po více než 10 letech od svého vzniku, nepodařilo zahrnout ITAREPS mezi běžné pomůcky psychiatrů hrazené pojišťovnou. Od roku 2003 se do programu zapojilo 900 pacientů, funguje zatím v omezeném režimu díky omezené podpoře farmaceutických firem. Plný roční provoz ITAREPSu by vyšel VZP na 100 miliónů korun. Zastánci projektu argumentují následným snížením hospitalizací o 70 %, a tedy ušetřením 300 miliónů korun (Zdravotnický deník, 2015).

## 6. Evaluace kvality psychiatrické péče

Hodnocení efektivity poskytnuté péče je složité, jelikož nestačí hodnotit pouze pomocí ústupu či vymizení symptomů nemoci, důležité je sledovat i kvalitu života. Kvalitativní zkoumání posunů v životě uživatelů služeb je však komplikované vzhledem k tomu, že nelze porovnávat ani kvantifikovat. Pro hodnocení efektivity se používá například dotazník SQUALA, které obsahuje dvojí hodnocení (sledované osoby a posuzovatele). Dále se používá Veronská škála spokojenosti se službami (VSSS-54), jedná se o sebesposuzující dotazník, kde respondenti hodnotí spokojenost s poskytnutými službami. Další používanou metodou je Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb (CAN). Jedná se o psychometrický nástroj nenáročný na administraci, prováděnou formou strukturovaného rozhovoru. Zjišťuje se kvalita života probanda, která by se měla v průběhu využívání služby zvyšovat (Hejzlar et al., 2010).

### 6.1 Systém monitorování a evaluace realizace strategie v České republice

Monitoringem naplňování cílů strategie byla pověřena Strategická projektová kancelář MZČR. Zkoumány by v souvislosti s naplňováním strategie měly být průběžně i po skončení reformy indikátory kvality života lidí, především z dotčených kruhů psychicky nemocných. Zahnuje 12 základních domén, mezi nimi například bydlení, pracovní podmínky, vztahy, lidská práva atd. Další indikátory se budou zabývat kvalitou psychiatrické péče, úrovní stigmatizace, spokojeností uživatelů a jejich rodin atd.

Hlavními problémy v současném systému péče o duševně nemocné je nedostatečný prostor a čas ambulantních psychiatrů z důvodu nastaveného systému financování – nezbyvá tedy čas na sociálně-psychiatrické intervence, dále nedostatečná nabídka psychoterapie a sociálně-psychiatrických služeb ve většině měst, péče je tak orientovaná výhradně biologicky, a nikoliv bio-psycho-sociálně, dále není dostupná krizová pomoc v terénu a chybí větší provázanost péče mezi ambulancemi, lůžkovými zařízeními, případně také s praktickými lékaři a klinickými psychology. (Raboch, Wenigová, et al. 2012).

## Nástroje pro hodnocení

### **QUIRC**

Jedná se o hodnocení kvality péče o nemocné pomocí standardizovaného dotazníkového nástroje (Quality Indicator for Rehabilitative Care) určeného pro měření kvality péče poskytnuté v zařízení pro nemocné s dlouhodobějším průběhem onemocnění. Dotazník sleduje 7 základních domén – prostředí, terapeutické prostředí, léčebné intervence, sebepéče a autonomie, sociální začlenění, lidská práva a praxi vedoucí k úzdavě. Tímto nástrojem bylo testováno 11 zařízení v 10 evropských zemích, výzkum probíhal od března 2007 do března 2010. V rámci České republiky bylo takto hodnoceno 15 oddělení z 8 psychiatrických léčeben a 4 zařízení chráněných bydlení. Data získaná v tomto výzkumu demonstrují přínos komunitní péče, a to zejména ve vedení klientů k samostatnosti a odstranění tzv. „skleníkového efektu“. Z výsledků mimo jiné dále vyplývá, že cca 10 % pacientů nesplňovalo kritéria nedobrovolného přijetí nebo léčby jako takové. Dále vyšla najevo nedostatečná personální obsazenost sledovaných oddělení. Tato metoda je dostupná zdarma v elektronické formě, administrovat ji musí pracovník oddělení, který je s chodem tohoto oddělení detailně srozuměn (Raboch, Wenigová, et al. 2012).

### **CAN – Camberwellské šetření potřeb**

CAN (Camberwell Assessment of Need) je nástroj hodnocení potřeb osob se závažným duševním onemocněním. Slouží k zmapování zdravotních a sociálních potřeb závažně duševně nemocných, přičemž výstupem by měly být definované oblasti potřeby, na které by se další terapie měla zaměřit. Tato metoda může pomoci při sestavování individuálního terapeutického nebo rehabilitačního plánu, ale zároveň se může v čase opakovat, a sloužit tak také jako měření efektivity služeb. Výhodou metody je mimo jiné i fakt, že ho může vyplňovat pacient sám, ale také jeho rodinný příslušník či klíčový pracovník (Probstová, et al., 2011).

### **Veronský dotazník**

Evropská verze Veronského dotazníku byla vyvinuta z italské verze VSSS-54, která byla nejdříve přeložena do dánštiny, holandštiny, angličtiny a španělštiny profesionálními překladateli. Specifické položky byly změněny tak, aby byly přiléhavější ke kontextu systému péče o duševní zdraví dané země. Položky v VSSS-EU pokrývají sedm dimenzí – celková spokojenost, odborné dovednosti a chování, informace, přístup, účinnost, typy zásahů a zapojení příbuzných. VSSS-EU byl sestaven tak, že ho mohou pacienti vyplnit sami a může být vyplněn bez předchozího speciálního školení.



Respondenti dostanou pokyn vyjádřit jejich hlavní pocit ze zkušenosti se systémem péče o duševní zdraví v uplynulém roce.

Reliabilita a celková kvalita evropské verze Veronského dotazníku byla zjišťována na vzorku pacientů se schizofrenií, kteří využili služeb duševního zdraví v pěti evropských zemích. Byla hodnocena vnitřní konzistence a reliabilita užitím metody test-retest. Alfa koeficient pro celkové skóre dosáhl hodnot 0,96. Test-retest ukázal 0.82. VSSS-EU se tak ukázal jako spolehlivý nástroj pro měření spokojenosti se službami pro lidi se schizofrenií, a je to též vhodný nástroj pro srovnávání u národních výzkumů. Veronský dotazník se také dá použít v běžné klinické praxi při péči o duševní zdraví v celé Evropě. Spokojenost pacientů je důležitou proměnnou při hodnocení psychiatrických služeb a doplňuje měření jiných výsledných proměnných. Spokojenost pacientů je úzce spojena účinností poskytované péče, vzhledem k tomu, že nespokojenost je často důvodem přerušení psychiatrické péče pacienta. Zajištění vysoké úrovně spokojenosti pacientů je proto základním cílem pro jakoukoliv službu v oblasti duševního zdraví, a její měření představuje platný a důležitý aspekt plánování a vyhodnocování služeb (Ruggeri, Lasalvia et al. 2000).

## 6.2 Evaluační výzkumy

### Kvalitativní rozbor výpovědí pacientů

Univerzita v Kentu provedla zajímavý výzkum **kvalitativním rozbohem psaných výpovědí pacientů**, kteří byli nedobrovolně přijati k léčbě napříč Evropou. Kvalitativní studie byla zvolena z toho důvodu, že dle Turnpenny, Petri a kolektivu výzkumníků, osobní příběhy mohou poskytnout vhled do individuální zkušenosti, jež může svým přínosem převýšit jakákoliv statistická data. Zkušenosti lidí s problémy v oblasti duševního zdraví jsou pro pochopení toho, co se děje během nedobrovolné hospitalizace, rozhodující. Cílem tedy bylo přinést zprostředkovaně zážitek toho, co znamená být v psychiatrické nemocnici. Data byla sbírána pomocí online nástroje Qualtrics, účastníci předkládali své zkušenosti písemně. Neodpovídali na seznam otázek, ale seznam témat, v 17 různých jazycích. Zúčastnilo se 28 respondentů z Dánska, Finska, Francie, Grúzie, Německa, Řecka, Maďarska, Irska, Nizozemí, Norska, Srbska, Španělska, Turecka a Velké Británie. Výsledky výzkumu ukázaly na možnost porušování lidských práv během hospitalizace napříč jednotlivými evropskými státy. Ve výzkumu byly zjištěny i iatrogenní vlivy na pacienty, jako je negativní psychologický dopad až re-traumatizace (Turnpenny, Petri, et al., 2017).

## Projekt EDEN

Cílem **Projektu EDEN** (European Day Care Evaluation) bylo zhodnotit funkci a efektivitu denních stacionářů v akutní léčbě pacientů s duševními poruchami, a dále vydefinovat indikovanou skupinu pacientů pro tento typ léčby. Výzkum probíhal v letech 2000 – 2002 a zahrnoval všechny pacienty, kteří byli nově přijati na kliniku (Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha), a kteří po splnění vstupních kritérií souhlasili s účastí ve výzkumu. Probandi byli následně náhodně rozděleni k léčbě na lůžku respektive v integrovaném denním stacionáři kliniky, přičemž léčba musela trvat déle než pět dní. Sběr dat probíhal pomocí standardizovaných dotazníků v předem daných časových intervalech v průběhu léčby a po ní. Z výsledků studie vyplývá, že denní stacionář se ukázal jako vhodná forma léčby pro 20,9 % duševně nemocných. Dále se ukázalo, že udávaná spokojenost s léčbou a hodnocená kvalita života byla vyšší u pacientů denních stacionářů, úroveň a dynamika psychopatologie byla u denních stacionářů i hospitalizací obdobná. Nejčastějšími důvody pro vyloučení pacientů ze studie byla především velká vzdálenost stacionáře od domova pacienta, nebo rizika suicida (Baková et al., 2004).

### Výzkum hospitalizace očima odborníků, nemocných a jejich blízkých

Dobré místo z.s. s podporou Norských fondů provedlo výzkum, v rámci kterého oslovilo 60 respondentů s **anketními rozhovory**. Jednalo se o 30 lidí se zkušeností s duševním onemocněním, 15 rodinných příslušníků a 15 odborníků (psychiatrů, psychologů a terapeutů). Oslovení odborníci, mezi kterými odpovídali například MUDr. Jarolímek z Psychoterapeutického sanatoria Ondřejov, či MUDr. Martin Hollý, MBA, ředitel Psychiatrické nemocnice Bohnice a místopředseda Psychiatrické společnosti se shodli na tom, že potíží při zavádění reformy není ani tak vysoký věk psychiatrů, kteří se naučili pracovat v určitém systému, ale spíše zakonzervovaný model psychiatrické péče, který může zpočátku i mladé entuziastické lékaře frustrovat, a časem vlivem své jisté pohodlnosti i dovést k rezignaci. Z odpovědí pacientů vyplynulo, že jsou přibližně v 60 % spokojeni s přístupem lékařů. V mnoha výpovědích přitom zazněla kritika nadužívání léků, a to často jako omezovacích prostředků (Gabriel et al., 2016).

### Implementace koncepce psychiatrie z pohledu ambulantní péče

Výzkum byl realizován v rámci Národního programu kvality zdravotní péče – projekty podpory kvality zdravotní péče Ministerstvem zdravotnictví ČR. Výzkumnými cíli bylo zmapovat důvody zábran většího rozvoje ambulantní psychiatrické péče. Metodologicky byl výzkum kombinován hloubkovými rozhovory ve skupinové diskusi (n=11) a po telefonu (n=12), spolu s kvantitativním face-to-face dotazováním vzorku 265 psychiatrů a praktických lékařů. Ze zjištění výzkumu vyplývá, že implementace změn v psychiatrii je zatím spíše deklarovaná, realizovaná spíše pár nadšenými

jednotlivci, ostatními často vnímána jako přitěžující. Respondenti se v tomto výzkumu shodli na potřebnosti case managera, dále ve víře, že hodnocení pacienta nemůže v psychiatrii sloužit ke sledování kvality poskytované péče. Pouhá pětina odborníků se domnívá, že síť komunitních služeb a denních stacionářů v zemi je dostatečná. Dále z výzkumu vyplývá, že ambulantní psychiatr mívá v průměru na jednoho pacienta 27 minut času, což je o 10 minut déle, než průměrný čas strávený u ambulantního lékaře. Téměř polovina zdravotníků se vyjádřila, že suplují práci sociálního pracovníka. Finančně nejzátěžovější byla označena léčba schizofrenie, jako psychicky nejvíce zatěžující diagnózy demence, závislosti a poruch chování (Raiter, Wenigová, 2004).

### Kvalita psychiatrických léčeben očima pacientů

Duševní onemocnění představují ekonomickou zátěž také z důvodu dlouhodobé pracovní neschopnosti nemocných. Spokojenost pacientů s léčbou zkracuje délku jejich pracovní neschopnosti, a proto ve vyspělých zemích probíhá evaluace také pomocí monitoringu spokojenosti samotných pacientů. Pacient, který je tázán na průběh poskytování služeb, se stává sebevědomějším partnerem v léčbě, čímž navíc podporuje celkovou destigmatizaci. V dalším výzkumu realizovaném agenturou STEM/MARK se zjišťovala míra spokojenosti s uplynulou hospitalizací. Postoje se získávaly pomocí 2646 dotazníků z 12 psychiatrických nemocnic z celé ČR. Z výsledků vyplývá, že statisticky významněji jsou pacienti spokojeni na otevřených odděleních oproti oddělením uzavřeným. Nadprůměrně hodnoceny byly léčebny Červený Dvůr, Bílá Voda a Kosmonosy (otevřená oddělení) a Šternberk, Opava a Havlíčkův Brod (uzavřená). Dotazníky obsahovaly 8 dimenzí, mezi nimi přijetí do nemocnice, respekt, ohled, úcta, koordinace a integrace péče, informace, komunikace, edukace, tělesné pohodlí, citová opora, zapojení rodiny, propuštění a pokračování péče. Výsledky výzkumu dále ukazují, že nejvyšší spokojenost pacientů se nachází především v dimenzích zapojení rodiny a nejnižší v dimenzi informace a komunikace (Raiter, 2010).

# **EMPIRICKÁ ČÁST**

# 7. Evaluace implementace – I. část

## 7.1 Předmět a cíle výzkumu

Předmětem výzkumu byla evaluace současného stavu psychiatrické péče v Praze a Středočeském kraji. Pro ucelenější výsledek byl zvolen smíšený výzkum kvalitativně kvantitativní. Důvodem volby smíšeného výzkumu je snaha o expanzi, tedy o širší záběr a rozsah studie použitím různých metod při zkoumání jednotlivých komponent problému. Kvalitativní výzkum navíc může přispět ke statistickému dotazníkovému šetření ve fázích návrhu plánu výzkumu, při sběru dat, i při jejich analýze. (Hendl, 2016). V kvantitativní části byl učiněn statistický rozbor dotazníkových odpovědí odborníků z oboru psychiatrie. Zjišťovala se současná úroveň transformace u nás a její současné vnímané slabiny, zároveň se zjišťovaly i postoje odborníků na řadu dílčích záležitostí transformace. V kvalitativní části byl výzkum doplněn o individuální zkušenosti pacientů s průběhem hospitalizace. Cílem výzkumu bylo získat aktuální obraz o současném stavu transformace psychiatrie v České republice (konkrétněji v Praze a Středočeském kraji), dále zjistit možné slabé stránky současného vývoje a nabídnout oblasti a způsoby zlepšení současného stavu.

Pro lepší přehlednost jsou oba výzkumy popsány zvlášť v samostatných kapitolách.

### **Výzkumné otázky kvalitativní části výzkumu jsou:**

1. Jaké skutečnosti během hospitalizace vnímali pacienti jako nejvíc ponižující / traumatizující?
2. Jak hodnotili respondenti úroveň ubytování?
3. Jakým způsobem vnímali pacienti úpravu farmakoterapie během hospitalizace?
4. Jaký přístup by pacientům vyhovoval během propuknutí nemoci?
5. Měli by pacienti zájem řešit svůj akutní stav komunitním týmem namísto hospitalizace?
6. Dochází k zapojování psychosociální složky v léčbě pacienta?

## 7.2 Metodologický rámec výzkumu a metody zkoumání

Záměrem této části výzkumu bylo hlouběji porozumět pocitům hospitalizovaných lidí, s důrazem na jejich prožívání a vnímání prostředí nemocnice (počet lidí na pokoji, strava, hygiena), chování personálu, kvality denních aktivit, dostupnosti psychoterapie, způsobům farmakomedikace atd. S každým respondentem byl také probrán jeho názor na vznikající komunitní péči, jeho vnímání komunitního týmu v místě bydliště a v neposlední řadě vlastní vnímání posilujících reakcí okolí.

V rámci výzkumu byl zvolen typ kvalitativní analýzy dokumentů. Tato výzkumná strategie analyzuje materiál již existující, nebo ten, který vznikl interakcí mezi účastníky výzkumu a výzkumníkem. Je charakteristický intenzivním rozbořením dokumentu, který má snahu o co nejobsáhlejší interpretaci výzkumných otázek (Miovský, 2006). Analyzovány byly rozhovory, jejichž tematický obsah byl zachován v takové míře, aby bylo možné vysledovat jednotlivé postoje a zkušenosti pacientů ke zkoumanému jevu. Byla provedena explorativní tematická analýza, pro kterou byla získána data rozhovorem s účastníky výzkumu.

### 7.3 Metoda sběru dat

Data do kvalitativní části výzkumu byla získávána v období od srpna 2016 do listopadu 2017. V rámci výzkumu proběhlo celkem 7 polostrukturovaných hloubkových rozhovorů s psychiatrickými pacienty. Práce byla doplněna o názory pacientů, jelikož jsou to v posledku právě oni, koho se reforma psychiatrické péče dotýká nejvíce a jejich zkušenosti s celkovou péčí byly vyhodnoceny jako klíčová znalost při evaluaci procesu transformace. Všichni respondenti hovořili s totožnou tazatelkou, která vedla rozhovor dle individuálních potřeb pacientů, zároveň se však držela pevné struktury v podobě bodů, které musely být v každém rozhovoru vzpomenuty. Průměrný čas rozhovoru byl 40 minut, přičemž nejkratší rozhovor trval 25 minut a nejdelší 92. Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na nahrávací zařízení v mobilním telefonu. Respondenti byli ujištěni, že nahráváním nebude později odhalena jejich pravá totožnost, a že slouží pouze k bdělejší pozornosti tazatelky, která tak může udržovat oční kontakt a vést rozhovor co nejpodobněji běžnému. Tři z rozhovorů proběhly v prostorách kanceláří Fokus Praha, tři v restauračním zařízení a jeden na žádost respondentky, která toho času trpěla sociální fobií, v domácnosti respondentky. Ve dvou případech byl pro komfort respondentů přítomen též klíčový sociální pracovník klientů, v jednom případě byl přítomen partner klientky. Kritériem pro výběr respondentů byla zkušenost s hospitalizací na jakémkoliv oddělení psychiatrické nemocnice v uplynulých 5 letech.

### 7.4 Výběr výzkumného souboru

Základní soubor výzkumu tvoří jedinci, kteří byli od srpna 2011 do listopadu 2017 hospitalizováni na jakémkoliv oddělení psychiatrické nemocnice v Praze a Středočeském kraji. Tato hospitalizace musela být v době rozhovoru ukončena a respondent se musel nacházet ve stavu stabilizovaném natolik, aby byl schopen rozhovoru a netrpěl zjevnými poruchami myšlení či vnímání. Výběr účastníků byl proveden metodou záměrného výběru, jelikož nebylo potřeba žádných kvót a bylo poměrně komplikované sehnat respondenty z daného souboru. Dále výběr probíhal metodou sněhové koule.

V první vlně byla oslovena sociální služba Cedra Fokusu Praha, odkud pocházeli tři respondenti.

Další respondenti byli osloveni pomocí sociální sítě Facebook, kde byla zveřejněna prosba o kontaktování lidí ze základního souboru. Takto byli získáni celkem tři další respondenti.

Jeden respondent byl doporučen předchozím respondentem, s kterým již rozhovor proběhl.

Pouze jeden oslovený potenciální respondent účast ve výzkumu odmítl z důvodu traumatické zkušenosti s předchozí hospitalizací a jeden respondent naopak žádal o zařazení do studie po ukončení sběru dat, do výzkumu proto nebyl zařazen.

## 7.5 Popis výzkumného souboru

Účastníky výzkumu bylo sedm jedinců, kteří se v uplynulé době léčili s psychiatrickým onemocněním na území Prahy či Středočeského kraje. Čtyři respondentky byly ženy, tři muži. Ve většině případech se jednalo o léčbu psychotických onemocnění, ve dvou případech se jednalo o komplikace spojené s poruchou osobnosti - s přidruženými úzkostmi a sebepoškozujícím jednáním.

**Tabulka 4** – Popis respondentů výzkumu I.

Respondent číslo	pohlaví	věk	diagnóza	nemocnice
1	žena	23	schizofrenie	PN Bohnice
2	žena	67	schizofrenie	PN Bohnice
3	žena	53	schizoafektivní porucha	Kosmonosy
4	muž	43	schizofrenie	PN Bohnice
5	muž	35	hraniční PO	PCP
6	žena	33	hraniční PO	ÚVN
7	muž	32	akutní psychotická porucha	PN Bohnice

## 7.6 Metody zpracování dat

Analýza dat proběhla metodou tematické analýzy.

Při zpracovávání dat došlo nejprve k doslovné transkripci nahraných rozhovorů, transkripce byla očištěna od chyb ve větné skladbě a slovních virů, které významově větu neposouvaly. K tomuto očištění bylo přistoupeno z toho důvodu, že ve výpovědích respondentů byla podstatná obsahově-tematická rovina, nikoliv zvláštnosti ve vyjadřování daných jedinců. Transkripce zůstala nekomentovaná, pouze došlo k značení míst, ve kterých se respondent smál (slovem smích umístěného do závorky).

Metoda zpracování dat proběhla pomocí programu Libre Office Writer.

Nejprve byly stanoveny obsahové jednotky (kategorie). V dalším postupu byly vytvořeny vzorky, na základě kterých se vyhledávaly v textu jednotky výběru, tedy odpovědi nebo části odpovědí, které souvisely s danou kategorií, a dále také analytické jednotky – jednotlivé věty, které dohromady dávaly smysluplný celek. Tyto vzorky byly v závěru analýzy kódovány, přiřazovány k daným kategoriím a interpretovány.

Tyto kategorie jsou shrnuty v jednotlivých oddělených kapitolách a jsou dokresleny autentickými citacemi respondentů.

## 7.7 Etika

Všem respondentům byly poskytnuty v úvodu rozhovoru detailní informace o účelu studie a bylo zajištěno ústní poskytnutí informovaného souhlasu. Respondenti byli dále ujištěni, že výzkum je zcela anonymní a nikde se neobjeví jejich jméno, že kdykoliv mohou probíhající rozhovor bez udání důvodu ukončit, že na libovolnou otázku nemusí odpovídat.

Zároveň v závěru rozhovoru proběhl debriefing – respondenti byli tázáni, zda v nich rozhovor nevyvolal negativní pocity/retraumatizaci. V případě potřeby s nimi tazatelka krátce hovořila ještě po skončení rozhovoru a poradila s následnou terapií/ sociálními službami.

Z důvodů citlivosti tématu a možného vyvolání nepříjemných vzpomínek a stavů bylo respondentům umožněno mít v průběhu rozhovorů s sebou doprovod, čehož využili ve dvou případech klienti Fokus Praha, kteří měli během rozhovoru vedle sebe svou klíčovou sociální pracovníci, v jednom případě respondentka, která si přála mít u rozhovoru svého partnera.

Tazatelka se s ohledem na citlivost tématu snažila vyváženě balancovat na hranici aktivního empatického naslouchání a nezáúčastněného dotazování bez sugestivních dotazů a reakcí. Při vedení rozhovoru byl každý respondent cíleně dotázán jak na negativa, tak pozitiva nemocnice, ve které se léčil.



## 7.8 Analýza získaných dat

Tematickou analýzou dat bylo identifikováno 10 tematických vzorců, které byly pojmenovány jako: proces příjmu pacienta, úroveň ubytování, chování personálu, denní aktivity na oddělení, traumatizace/iatrogenní poškození, léky, proces ukončení hospitalizace, komunitní tým, potřeby pacientů, stigmatizace.

### Proces příjmu pacienta

Každá hospitalizace začíná příjmem pacienta na oddělení, v některých případech od počátku pacient nastupuje na specializované oddělení, někdy začíná hospitalizace na obávaném uzavřeném oddělení. Předmětem zkoumání bylo, zda byl respondentům dostatečně v úvodu léčby vysvětlen terapeutický plán, zda byli seznámeni s chodem oddělení, a jak se v danou chvíli cítili.

Většina respondentů uvedla, že jim při příjmu nebyl vysvětlován chod oddělení, ani plán léčby či příčina hospitalizace, t. j. „(...) že by mi tam cokoliv vysvětlovali nebo tak, prostě řekli: ‚Musíte, poďte, a už vás táhnou za ruku...‘ (1), „Ti mi nic nevysvětlovali, prostě mě přidělili na pavilon. Říkali, že jsem byla ohrožená na životě, že bych mohla třeba taky umřít, takže jako je ta hospitalizace nutná“ (2). V případě, že pacient necítil v danou chvíli potřebu léčby, mohl být překvapen skutečnou délkou pobytu v nemocnici: „No, spíš se jednalo o nějakou konzultaci s primářem, ale nakonec to dopadlo tak, že mi řekl, že tam můžu zůstat na pozorování. Což já jsem si myslela, že to bude třeba 3 dny, no ale vyvrbilo se to tak, že jsem tam zůstala 2 měsíce. To jsem nevěděla a vůbec mi neřekli nic. Nic.“ (3).

Zároveň se ukázalo, že ne každý respondent považoval podávání informací při příjmu za nutné, argumentovali tím, že člověk je v situaci příjmu na psychiatrické oddělení zmaten, a relevantní informace by mu v danou chvíli stejně nebyly k užítku:

„(...) to je tím, že když člověk nastoupí, tak ten první tejdén stejně neřeší kde je, nebo že by moh jít někam plést košíky,... o to ani nejde a vysvětlovat něco těm lidem v tu chvíli si myslím, že není podstatný.“ (7), případně: „Ono toho zas tolik nebylo, popravdě. Tam byl na tom otevřeném oddělení relativně volný režim, takže rozhodně mně to stačilo, co tam bylo řečeno.“ (6).

Ukázalo se tedy, že při příjmu nebyly pacientům poskytnuty důležité informace o jejich diagnostice a léčbě, zároveň v některých případech to pacienti ani nepovažují za nutné.

### Úroveň ubytování

Dalším důležitým aspektem hospitalizace v psychiatrické nemocnici je úroveň ubytování pacienta. Jedná se zde zejména o počet lůžek na pokoji, hygienické zázemí koupelen a toalet, kvalitu stravy a celkovou estetičnost prostředí. Ukázalo se, že zkušenosti jsou velmi rozdílné napříč jednotlivými nemocnicemi. Pro účely této práce zůstaly uvedeny konkrétní názvy nemocnic, zároveň je však nutno podotknout, že vzhledem ke kvalitativnímu rázu této práce nelze z citovaných výroků vyvozovat nic o kvalitě ubytování v konkrétních nemocnicích. Výroky jsou užitečné spíše z hlediska poznání, které skutečnosti mohou způsobovat pacientům diskomfort.

Respondentka hospitalizovaná v PN Bohnice například uvedla, že jí vadily „*smrad, oprejskaný zdi...*“ (1). Další respondentka si stěžuje na příliš mnoho lidí na pokoji, přesně říká: „*Malinkej pokoj, čtyři lůžka, starší ženy, všechny už na plenách, večer zhasli, nedalo se číst, prostě už řekli, že se jde spát. Ten, kdo se díval na televizi, pak musel jít jako duch. Nebylo tam žádný soukromí.*“ (2)

Podobnou zkušenost z PN Bohnice má i respondent, který uvedl: „*Na uzavřenym nás bylo 11 (na pokoji – pozn. aut.). Uzavřený je strašný, to je jak kriminál*“ (4).

V tomto ohledu zmínila jedna z respondentek možnost nadstandardů v Kosmonosech, sama byla na pokoji po třech. Tento počet lidí na pokoji jí vyhovoval, toalety prý byly čisté a pro ženy celkem dvě. Stejně tak si úroveň ubytování pochvaloval pacient z PCP. Jedna z respondentek, která prošla více nemocnicemi, se neubránila srovnání svých zkušeností z PN Bohnice a ÚVN: „*Bohnice mi přišly trochu jako dům hrůzy vybydlený, kdežto v té ÚVN to bylo jednak takové menší oddělení, ty postele, tam bylo méně lidí na pokoji. Byli jsme tam ve 4, ale v těch Bohnicích nás bylo snad 10 nebo 15 na tom uzavřeném.*“ (...) „*na tom uzavřeném oddělení ÚVN to bylo tak, že když člověk cítil, že mu není dobře, nebo se potřebuje okoupat, tak to jenom nahlásil a šel tam do té sprchy. Byly tam třeba pěkné závěsy pogumované, kdežto v těch Bohnicích to bylo takové, žádný soukromí a žádný jako třeba vyšší standard. Takže mně se v tom vojenském zařízení líbilo víc asi.*“ (6).

Zároveň byl v jednom případě zaznamenán v tomto ohledu posun k lepšímu i ve zmiňované bohnické léčebně: „*(...) posunulo se to výrazně k lepšímu. V době, kdy jsem tam byl naposledy, tak se tam rekonstruovala 26 – mužskej příjmovej, a ten byl už 4 roky předtím v hrozně dezolátním stavu – otřískaný zdi a vysypaný všechno a koupelny úplně plesnivý nebo olezlý, prostě úplně nepříjemný, což na tý 30 to bylo taky špatný, ale na tý jedničce, ta byla kompletně zrekonstruovaná, ta byla v pohodě*“ (7).

V jednom případě si pacientka stěžovala na absenci toaletního papíru a mýdla na ruce: „*Pak třeba na toaletě – nebyl toaletní papír. Mně ho tam vozili, takže to jako nebyl problém, ale než jsem si toho*

*všimla...nebo mejdlo – nebylo, tak jsem se myla na pokoji svým mejdlem, na toaletě, to se třeba nedalo umejt ruce hned...“ (2).*

Pokud se v léčbě vyskytly moderní prvky, reakce na ně byly pozitivní: *„Mě strašně překvapilo, že jsme v té ÚVN měli náramek, vlastně to měli všichni pacienti, že máme náramek s čárovým kódem a na tom je puntík, že nám podle toho dávali léky, to se mi strašně líbilo... Takové moderní prvky. Nebo když člověku nebylo dobře, tak vím, že tam ve sprše bylo, že člověk může zatáhnout, něco tam prostě bylo, že člověk může zavolat pomoc, zavolat sestru, takový ty alarmy“ (6).*

Respondenti byli dotazováni i na kvalitu stravy během své hospitalizace. Pět respondentů se shodlo, že jim strava poměrně vyhovovala, a to napříč nemocnicemi. Pochvalovali si možnost bezlepkové nebo vegetariánské stravy. Výtky směřovaly v jednom případě pouze k čaji. Ve dvou zbylých případech byly respondentky se stravou celkově nespokojeny a hodnotily ji jako nekvalitní: *„Třeba byly všude takový ty potrhaný kousíčky filé, stahaný ty zbytečky, takový neapetitlich“ (2),*

*„Ale říkám, jestli je nějaká věc, která charakterizuje Bohnice, tak je to rohlík. Já říkám, že v životě jsem nesnědla tolik tukových rohlíků jako v Bohnicích. Tam je rohlík na vše a rohlík neustále... tam prostě vůbec nebyla ovoce, zelenina. Všechno si člověk musel kupovat sám...“ (6).*

## Denní aktivity na oddělení

Možnosti denních aktivit se na jednotlivých pavilonech liší, záleží zejména na tom, jestli se jedná o otevřený, nebo uzavřený pavilon. Na uzavřených pavilonech zpravidla probíhá pouze farmakoterapie, na otevřených odděleních probíhají následující aktivity: psychoterapie, ergoterapie, terapie prací a další speciální terapie (hagioterapie, hypoterapie atd.).

## Individuální terapie

Na některých odděleních psychiatrických nemocnic je k dispozici zdarma individuální psychoterapie poskytovaná klinickým psychologem (resp. psychologem ve zdravotnictví). Respondenty v tomto výzkumu je velmi kladně hodnocena a je jí přičítána značná zásluha na celkovém uzdravení.: *„Geniální terapeut. Kudy chodím, tudy ji chválím. Pak, když se to přestěhovalo do Klecan, tak tam skončila, ale mě si nechala na individuální terapie ještě asi na tři roky, ta pro mě udělala opravdu hodně. Vlastně ze dvou třetin tam kde jsem, tak tam mě dostala ona. Že funguju, ba i celkem efektivně, mohu dělat tu práci, kterou dělám, to je z velké části její zásluha... Já bych sám za nikým nešel, že bych si to zařizoval a teď najednou jsem mohl pokračovat s někým, na koho jsem byl zvyklý, to byl vždycky zlatý hřeb programu, bylo to vždycky dvakrát týdně, bylo to vynikající. Prostě každý pacient*

chodil“ (5), „Ale v tom individuálu, s tím mám lepší zkušenosti, a pak jsem vlastně v rámci další léčby absolvoval tři roky individuální terapie a to mě posunulo úplně nejmíc“ (7), „To si pamatuji, že jsem tam měla dobrou paní psycholožku (...), ale fakt to bylo, to musím říct, že tam jsem se cítila jako člověk.“ (6).

Někteří pacienti ale nemají o psychoterapii v rámci nemocnice zájem:

„Když je tam člověk hospitalizovanéj, tak ho nacpou práškama a je mu prostě strašně špatně a jsou i lidi, který to využívali, já jsem nechtěl se s nikým bavit, já jsem neměl náladu se o nic dělit. To se nedá ani říct terapie, to je spíš takový vyzpovídání psychologovi. Protože terapie je, když systematicky pracuješ na nějakým problému, kdežto tady sis vždycky ráno mohla objednat na skupině na komunitě a popovídat si o současnejch problémech, takže takový jako, no spíš jsem neměl tu potřebu no“ (4).

## Skupinová terapie

Na rozdíl od individuální terapie, která byla respondenty veskrze pozitivně přijímána, ke skupinovým terapiím byla zaznamenána řada výhrad: „Jako psychoterapie mi byla nabídnuta, že jakoby jsem brala drogy, tak mi bylo nabídnuto hned v začátku, že můžu chodit do takovýho kroužku, kde se lidi bavěj o tom a řešej ty problémy, no ale spíš jsme vždycky tam přišli, a dělali jsme si z toho srandu. Nebylo to nějaký účinný, nebo že by to člověka odradilo od těch drog, spíš jsme si vo tom povídali, než přišli, tak jsme si o tom povídali, jak je to super (drogy) a pak oni přišli a my říkali: ‘jo jo jo, jasně‘...“ (1), „Ty terapie skupinové – to bylo něco, co bych asi nejspíš kritizoval. To bylo úplně špatně podle mě. Stalo se, že skončila skupinová terapie u pana docenta a účastníci se rozprchli po areále a hledali střepy z rozbitých lahví, aby se jimi pořezali (smích). Nebo sundávali napínáčky z nástěnky, já jsem se spálil zapalovačem..., tam prostě přišlo 30 úplně klidných lidí a po konci té skupinové terapie tam bylo několik plačících trosek. Já myslím, že on prostě nezvládá tu dynamiku skupinovou, že většinou se ti lidé ještě více rozjeli, rozrušili, rozdráždili, vypukly střety mezi nima, protože jak tam bylo ke konci to hodnocení... mně to přijde celé hrozně divné. Tam vlastně člověk má říct, co to pro něj znamenalo, nebo co si z toho odnese, nebo jak to zformulovat, ale zároveň by neměl hodnotit toho spolupacienta, jenomže když ten spolupacient tím co říkal, v něm vyvolal nějaké emoce, tak logicky ty emoce se mu vrátily. A teď ti moderátoři podle mě nebyli úplně schopni usměrnit nebo kanalyzovat ty emoce někam jinam a výsledkem bylo, že ty lidi se agitovali, a to často fest. Co možná byl problém, bylo možná složení těch lidí, to s čím tam byli. Tam bylo hodně vlastně úzkostí a poruchy osobnosti tam byly. A zrovna u těch poruch osobnosti, tam zrovna skupinová terapie je dost specifická. A když je tam takový mix. A pak tam třeba byli lidi, kteří si zase přinášeli zkušenosti z těch předchozích hospitalizací. A vlastně tam vložili něco, co tam vůbec... takhle... tam všechno patří, s čím tam oni přijdou, ale mně

*prostě přišlo, že ty skupinové terapie byly takové cestování v čase a prostoru, že se člověk prostě třeba najednou ocitl před deseti lety v Kroměříži. A co s tím měl dělat?“ (5), „Ty skupinový terapie co tam jsou, já chápu, že jsou potřeba, ale já úplně na to nejsem ten typ, protože mi stačí si tam najít jednoho jediného člověka, kterej je na tom podle mého názoru hůř, což najdu vždycky, a začnu ho terapeutizovat, takže mě naopak musel terapeut brzdit, abych nedělal jeho práci“ (7).*

## Ergoterapie

Do ergoterapie jsou pro účely této práce zařazeny rukodělné dílny, arteterapeutické dílny a další nácvikové pracovní činnosti v dílnách či ateliérech nemocnic. Na dílny se ve výzkumu názory lišily, pro ilustraci uvádím několik z nich: *„Já vždycky si říkám, že si najdu čas, nakoupit si ratanový liány a plíst si doma košíky, ale prostě když je člověk venku, tak na to čas nemá a tam na to čas má a je to super. A je to skvělá věc v tom, že je člověk nucen vyvíjet nějakou činnost a u fyzický práce je velká výhoda, že výsledky jsou vidět velmi rychle. Takže to má podle mě i větší efekt, než jakýkoliv léky. Pak jsem se dokonce dostal do toho, že ráno po snídani před velkou komunitou jsem chodil pěšky tu alej až na farmu a zpátky a tím jsem si zvykal na to, že budu cestovat do práce. Že předtím dnem máš jako... prostě člověk když se tam začne nějakým způsobem rovnat, tak mu to strukturuje den a to je podstatný a musí tam dorazit na čas, odejde na čas, má to určitě velkej význam“ (7),*

*„Mě nebavily, tyhle terapie. Tam většinou navlíkáš nitě nebo děláš nějaký kravinky. Já jsem tam chodil, já tam stříhal celejch osm měsíců molitan. Mě nic z toho nebavilo z těch dílen, tam jsou prostě hrnčířská, keramická, knižní, já jsem chodil na ten molitan. Chtěl jsem si to prostě odmakat no“ (4).*

Většinový názor ve výzkumu však vyjadřoval kladný postoj k možnostem chodit do chráněných dílen, a to i v případě, že je náplň práce nebavila: *„Takhle bych to řekl. Svým vlastním obsahem víceméně k ničemu, ale skvělé bylo, že byl nějakým způsobem strukturován den, měl svoji náplň. Já, který jsem předtím fungoval tak, že jsem v podstatě ležel na sedačce a melancholicky pozoroval, jak krev prosakuje náplastmi, tak jsem najednou vstal v nějakou dobu, šel na nějakou aktivitu, na jinou, šel jsem třeba i na nějakou, která mě nebavila, tak v tom byl třeba i nějaký prvek sebezapření, který je třeba, nějaké disciplíny. Takže jakkoliv mě většina těch aktivit spíš nebavila, tak jsem to bral jako něco blahodárného, užitečného spíš tou formou, než tím obsahem. Tak si člověk plácal z hlíny, no... některý to bavilo.“ (5).*

## Terapie prací

Někteří respondenti uváděli jako pravidlo na oddělení úklid nemocnice samotnými pacienty. Nutnost úklidu samotná respondentům nevadila, objevily se ale konkrétní výtky na některé aspekty těchto

činností: „(...) jenomže tam se prosazovalo to, že tam bude léčba prací, takže jsme dostaly za úkol vynášet koše, stírat v koupelně, v kuřárně a v jídelně, takže ty věci byly rozděleny, každý věděl, co má ten den dělat. Se vším jsem si poradila dobře, akorát ty koše byly dost drastický, protože už kolem 6. tam začaly ty pacientky chodit a vybírat ty koše, dělal se přitom rámus, my jsme mohly potom ještě spát do půl 7, nevadilo mi třeba vytrít koupelnu, ale vadila mi chodba, když se vytírala. Docela velký kus to byl a já jsem se na to normálně necítila. Fyzicky i psychicky trochu“ (3), „Když se dělal úklid, tak někdo vytíral chodby, někdo uklízel záchody, každý měl prostě nějaký svůj rajón, takže vždycky vlastně člověka, kterej uklízel záchody, to byla nejhorší práce, protože to byl fakt docela kentus, protože tam byli pacienti, který nehodlali respektovat vůbec cokoliv, nebyly to prostě úplně nejčistší záchody na světě... Ten uklízeč záchodů, ten člověk, kterej to uklízel, se pak střídal za někoho jinýho, tak si vybral toho člověka, co to bude uklízet po něm. Takže já jsem to nafasoval velmi rychle, dělal jsem to asi tři tejdny a pak jsem to hodil zase na člověka, kterej tam chodil kouřit. Ale přitom se to prostě dalo rozepsat tak, že by to bylo po tejdnu a ty lidi by se tam střídali víc. Princip toho bonzáctví a takový ty drobný jízlivosti, zvláště, když je člověk ve stavu, kdy si bere věci hodně osobně, tak to je docela hrozný. Já vim, že při tom uklízení těch záchodů jsem zkoušel různé taktiky. Takže ze začátku jsem prosil ty lidi, ať tam nemočej po zemi a nepatlej tam něco po zdech a pak jsem změnil taktiku a na nějakým tom hromadným sezení jsem říkal: ‚Prosimvás, hlavně si to hrozně rozpatlávejte všechno a všude dělejte bordel.‘ Jsem potom měnil ty psychologický taktiky, a to už mě brzdil personál, ať jako nenabádám ostatní, ať dělaj takový věci, ale ono to bylo jedno, že jo, oni je dělali, nedělali, to jako nehrálo roli“ (7).

## Jiné denní aktivity

Z dalších speciálních aktivit pro pacienty byly zmíněny zejména hagioterapie a hypoterapie. Z rozhovorů bylo patrné, že je v léčbě myšleno i na spirituální složku osobnosti hospitalizovaných pacientů: „A ještě jsem zapoměla říct takovou důležitou věc – hagioterapie v Bohnicích. To byl prvek. To si myslím, že je velice zajímavé třeba na mojí diagnózu hraniční. Jednou, nebo kolikrát jsme to měli, jednou týdně, do té věže toho kostela v Bohnicích. Tak ten výklad Bible, byť jako nejsem věřící“ (6), „Zajímavou funkci tam maj třeba ty kaplani. Je tam jeden katolicej, jeden evangelicej a docela s těma lidma mluvěj a maj význam z hlediska psychologie, že to je prostě takový rozvrstvený, že každý má možnost si tam najít nějakýho člověka, kterej mu nějak pomůže a z toho stavu ho vytáhne.“ (7), „Co jsem moc neměl rád, a trošku mě to i překvapilo, vždycky jsem měl za to, a možná to bylo dáno charakterem toho pracoviště, že ta naše medicína vůbec je taková staromilská, scientistní a překvapilo mě, kolik tam bylo všelijaké ezoterické omáčky. Měli jsme tam jógu a meditace, na ty meditace jsem nechtěl, protože mi z nich bylo špatně a na té józe, já jsem tehdy byl pravoslavný věřící, na hranici

*fundamentalismu, takže prostě některé cviky jsem odmítal dělat, protože jsem argumentoval, že to jsou prostě pozice těch božstev a já mám problém ve svědomí. Byl jsem asi trochu směšný, nicméně udivilo mě, kolik tam toho je, že jedna z těch sestřiček, která byla vždycky skvělá, tak mi přišlo až přehnaný, že tam propaguje Oha a tyhlety, z mého pohledu, málo důvěryhodné duchovní osobnosti“ (5).*

Denní aktivity v souhrnu byly vnímány veskrze pozitivně, a přestože zdaleka pro všechny pacienty není v nabídce chráněných dílen atraktivní náplň práce, většina respondentů vnímá povinnost těchto činností kladně, jako strukturování dne a postupné navracení do společnosti.

V případě terapií prací je patrné, že lze snadno pacienty netransparentním rozdělováním prací přivést do diskomfortu. Tyto činnosti na oddělení by měly být citlivě konzultovány.

## Léky

Významnou součástí léčby pacientů s duševním onemocněním bývá farmakoterapie, která je zpravidla terapií první volby a ostatní typy terapií, jako například elektrokonvulze nebo psychoterapie, jsou přítomny jen někdy jako doplňkové, nadstandardní metody. Výzkum mapoval, jakým způsobem probíhala během hospitalizace úprava farmakoterapie.

Většina respondentů uvedla, že jim během hospitalizace byla významným způsobem navýšená užívaná medikace: *„Stává se to dost často v nemocnici – že Vám změní léčiva, že Vám dají něco jinýho a já sem se tomu dost bránila, protože jsem se bavila s různýma pacientkama, ty říkaly, že to vždycky udělal v nemocnici, že ty prášky vyměňej. Já jsem na to reagovala negativně dost, protože jsem tohle už věděla a bála jsem se toho, že tam budu muset zůstat, když mi tolik prášků napsali.“ (3), „Oni to furt řešej, oni se furt ptaj třeba ‚jak ti je‘, ‚v čem ti je špatně‘, a tak dále, ale řešej to všechno práškama. Prostě odejdeš s obrovskou náloží prášků a pak ti to doktor sundává rok zpátky na normál.“ (4), „Takže rád bych si vzpomněl na ten lék, protože toho jsem měl i poměrně velkou dávku, pak když jsem se vrátil k Vlnařovi (ambulantní psychiatr), tak jemu tak úplně vyletělo obočí a okamžitě začal seškrátávat, seškrátávat, protože já už po týdnu jsem začal mít jaterní nález, to opravdu byly strašný porce.“ (5), „No tam prostě jsou všichni pod práškama. Tam se všichni plahočej po chodbách jak mátohy, jediný co dělaj je, že ležej v posteli a jdou každých deset minut na cigáro, pak si zase lehnou do postele, pak jdou zase na cigáro...ten uzavřenej, to je něco hroznýho.“ (4).*

Účinek psychofarmak je ne vždy vnímám v počátku pozitivně. Někteří respondenti uváděli pocity diskomfortu po jejich užití: *„Ty stavy, že je člověk hrozně oblbnuťej, takovej že má takový křeče tlaky v těle, takovej hroznej tlak, jak tlak na duši.“ (1), „A to ještě ty léky, co mi dali, tak mě z nich začala hrozně bolet hlava a začala jsem mít tak strašný smutky. Já je třeba teď mám taky, ale jednou za čas.“*



*Se mi stýská po dceři, protože odjela mimo Prahu, ale prostě to byly smutky několikrát za den, strašný a bolesti hlavy. Tak mi změnili léky, co mi dali v Bohnicích, po těch to bylo. Změnila mi je paní doktorka, ke které chodím a která mi sehnala opatrovnici. Změnila mi léky a přestalo to. To jsem tam postrádala, že by se mě někdo ptal, jak je mi po léčích, že by se někdo zajímal, to mi chybělo.“ (2).*

V rámci výzkumu se objevil i názor, že za mírou užívání psychofarmak však stojí do značné míry i poptávka pacientů: *„Ale já celkově jsem vždycky měl tendenci jít za těma psychologama, protože velký házení s medikací s člověkem udělá jeden velkej bordel. Což většina lidí tam nebere a radši si nechaj sypat víc prášků, míň prášků, různý prášky, vyměnit prášky, a když se ty prášky projevěj, tak už zas nechtěj je mít, takže tam je to takovej divokej mix.“ (7).*

Zároveň však ne vždy vykazovaly léky na oddělení kýžený efekt: *„Mně se zdálo, že to na mě moc nezabírá, pořád jsem měla takový ty přeludy až potom ke konci, to jako zabralo, že mě to zbavilo takových těch strachů, ale ty smutky jsem měla pořád, ani když mě propustili tak jsem ještě nebyla tak ve svý kůži. Až teprve co mi změnila psychiatricka obvodová, co k ní chodím, léky, tak se mi udělalo lepší.“ (2), „Mně se třeba tam stalo, že jsem měla tak šílenou mánii, nebo jsem byla tak rozrušená, že mi dali nějakej prášek na uklidnění a prášek na spaní, pak jsem si přišla podruhé, a přesto jsem nespala, ani jsem nebyla uklidněná. A to si pamatuju, že to bylo úplně šílený stav.“ (6).*

Ve výzkumu se také pátralo po podávání anxyolitik, zejména Rivotrilu. Pro tyto účely byla vypracovaná menší tabulka, kde je uvedeno, kolika respondentům byl během pobytu v nemocnici nabídnut Rivotril, a kolik z nich bylo upozorněno na jeho návykovost:



**Tabulka 5 – Podávání Rivotrilu pacientům**

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Rivotril podán	A	A	N	A	A	N	A
Upozorněn na rizika (v případě podání)	N	N	/	A	A	/	A

Z tabulky vyplývá, že existuje jistá snaha Rivotril nepodávat ve všech případech za každou cenu, a zároveň, že když už je podán, bývá pacient na tuto skutečnost někdy upozorněn. Přesto ve dvou případech ze sedmi (v tomto výzkumu) byl Rivotril podán, aniž by byl pacient dostatečně poučen. K tomu ještě dotčené respondentky dodávají: „*Rivotril jsem brala, když jsem byla poprvé a podruhé v Bohnicích. Potom už mi ho nedávali, protože já teda po něm mam takovej stav, že mě daj minimální dávku Rivotrilu a já po něm spim dva dny... pak za mnou přišly máma s babičkou, já jsem nemohla vstát z postele. Já jsem nemohla vůbec nic. A já jsem si pořád stěžovala mámě a máma říkala: ‚Tak to řekni doktorovi.‘ Tak jsem mu vysvětlila, že... ‚pane doktore, já taky chci něco dělat, já nechci pořád jenom spát, já taky potřebuju se trochu hejbat, nebo chodit, chtěla bych chodit na vycházky.‘ Tak jsem mu to takhle vysvětlila, tak jakoby mi ho přestal dávat... o žádných lécích nemluvíli. Oni Vám prostě nasadili určitou lécibu a neříkali Vám ‚je to návykový, není to návykový‘ (1), „*Ona se tam s Váma žádná doktorka nebavila, jak Vám je, o Vašich pocitech, jak Vám je po těch lécích – nic – prostě Vám to dávali a nikdo nevěděl jak Vám po tom je, nic.*“ (R2).*

Zároveň se vyskytly i případy, kdy si pacienti sami aktivně o Rivotril personál žádali. Zde uvádíme citaci jedné přímé zkušenosti a jedné zprostředkované, získané pozorování: „*Sama jsem si řekla o Rivotril, protože jsem na něj byla zvyklá, protože jsem ho měla od doktorky.*“ (6), „*Ale Rivotril jsem neměl, ale pozoroval jsem, co to tam dělá s lidma, to bylo velmi zajímavý, že tam byli třeba lidi, který brali Rivotril na úzkosti, udělali si závislost na Rivotrilu a simulovali ty úzkosti, aby dostali Rivotril, jenomže když ho nedostali, tak měli ty úzkosti a ty už nesimulovali, že to byli už narkomani v podstatě. Ten Rivotril mi přišel opravdu hodně dvousečný a zhoubný tam. A oni ho dávali, ale pár lidem. Ale za mě tam hodně frčel Venlafaxin, ten mi taky nedávali, čemuž jsem taky rád.*“ (5).

Pro úplnost je uveden i citát dobré praxe, kdy bylo respondentem zaregistrováno střídmé zacházení s benzodiazepinovými anxyolitiky: „*Pokud vím, když jsem tam ještě byl, tak to ještě bylo, že všichni pacienti dostali při nástupu Rivotril. Ale musel se do měsíce vysadit, protože benzáce jsou návykový. To jsem se pak dozvěděl, že to je běžná praxe nasazovat tady to, ale zároveň to vysazovat v době, kdy*

*se to ještě nestane tak návykový. A dokonce jsem tam zažil holku, která měla těžkej návyk na benzacích a byla tím pádem pacientka po leta už jenom kvůli tomu, že byla závislá na lécích, což je největší tragédie. Jo a zároveň hlídali, že to vysaděj do nějaký doby. Že to prostě bude na měsíc a pak pryč. A hlavně si myslim, že to na začátek je dobrý, protože ty lidi jsou nějakým způsobem vyklidněný, ale kdyby jim tam všichni lítali jako naplno, tak je to problém.“ (7).*

## Chování personálu

Zdravotnický personál psychiatrických nemocnic zpravidla tvoří tým zdravotních sester, psychiatrů a psychologů. Další oblast výzkumu směřovala do jejich vnímané profesionality projevené v chování k pacientovi. Pokud byli respondenti s chováním personálu nespokojeni, zkoumalo se s jakými projevy konkrétně.

Respondenti si nejčastěji stěžovali na neosobní přístup zdravotnických pracovníků: *„Oni to brali jako rutinu s těma lidma. Prostě rutina. Ne práce, která člověka baví, ale prostě rutina.“ (1),*

*„Třeba ta lékařka moje ošetřující co tam byla, tak jsem u ní měla pocit, že má ode mě odstup, že je ode mě hodně vzdálená. Že by měli být víc takový... psycholožka ne, ta byla vstřícná, ale psychiatrička: ‚Tak my Vám to píchnem...anebo Vám píchnem něco jinýho...‘, prostě nevěděla jsem, na čem jsem. Málo lidskosti. Jako dávala najevo ten odstup. Kus jako kus.“ (2), „Bylo to takový hodně neosobní, mně to vadilo. Třeba když dávali prášky po večeri, kontrolovali, jestli si některá pacientka ty prášky dala. Že třeba řekli ‚otevřete pusu...‘“ (3).*

Kromě neosobního přístupu zmiňovali někteří respondenti až nevhodné chování. Respondentka s číslem tři například sdělila: *„Nelíbilo se mi tam, protože si myslim, že ten personál byl hodně neosobní. Jednou jsem měla odjet domů a v pátek se mi udělalo špatně, takže jsem nevytřela jídelnu a druhý den hned ráno než jsme odjela, jsem dostala vynadáno, že jsem nevytřela tu koupelnu. Jedna sestřička se do mě obula, říkala: ‚Jste nemohla vytřít jídelnu?‘ A teď si jdete odpočinout domů a předtím vynadáno... sestřičky nebyly moc jako vstřícný.“* Jeden mužský respondent se vyjádřil takto: *„Ale to je prostě problém, na to tam nadávaj všichni. Oni se tam chovaj strašně povýšeně, takovej matriarchát. Jsou to samý ženský většinou a my tam byli samí chlapi skoro a je to tam takový, že nám všechno diktovali a musel ten člověk ve všem poslouchat. Bylo tam pár příjemných sestřiček, který byly v pohodě, ale většina z nich to brala jak práci, pacient jak pacient. Nemůžu říct, že se k nám chovali hnusně, to zas ne, ale některý věci přehlíželi.“ (4), „... ty sestry byly přísný. Třeba byla jsem tam odkázaná na nabití telefonu mobilního, tak to dělaly vždycky velký fóry, že nemaj moc času, a tak a zdálo se jim, že to často nabíjím – byl to starší mobil, ten se musí častěj nabíjet (2).*

Ve dvou případech byly reakce na chování personálu výhradně pochvalné (jednalo se o nemocnice ÚVN a PCP): „Chování bylo velice profesionální, byl tam i trošku cítí takový vojenský ráz, nevím, jestli to je tím, že tam mají nějaké vojenské funkce, jako je kapitán a podobně, že tam byl takový jako řád..., ale chovali se slušně, snažili se pomoci, sestry byly hodně důsledné. Staraly se o nás, i ty léky hlídaly...“ (6), „Jakože tam bylo vysoce slušné zacházení ode všech - a věřím, že v jiných institucích mohou být jiné zkušenosti – ale tady tohle bylo bezchybné. Tam to skutečně bylo tak, že i ty sestry to dělaly v rámci oboru, takže... naopak si myslím, že mnozí z nás byli až rozmazlení a kritizovali maličkosti.“ (5).

Zajímavé zjištění v rámci analýzy přineslo téma oslovování pacientů tituly. Dva z respondentů se k této praxi vyjádřili vyloženě odmítavě: „(...) vadilo mi, úplně strašně mi vadí na psychiatrické péči u doktorů, když mě oslovují titulem. Uplně naprosto příšerný: ‚Paní magistro.‘ Ve chvíli, kdy to řeknou člověku, nebo mně aspoň, který je totálně v prdeli, kterej byl ‚něco‘ než nastoupil a řeknou mu magistro, doktorko... tak ten člověk je na provaz, protože oni ho konfrontují s tím, že on se tak vůbec necítí a přijde mi to strašně absurdní, že mě tak někdo oslovuje.“ (6), „To mě tam rejpló jednou, protože to bylo takový: ‚Tak pojďte dál, pane BAKALÁŘI‘, že to řekli ještě tak pejorativně a to mě taky sralo. Ale já to nerad. Tam než vyjmenujou tituly, tak ten člověk si to tam hodí.“ (7).

Při rozebírání zkušeností s chováním personálu se několikrát objevilo téma ranního budíčku. Ranní vstávání v určitou hodinu patří k režimovým opatřením psychiatrických nemocnic a v léčbě pacientů má své opodstatnění. Někdy je však prováděno necitlivou formou: „No prostě vy spíte v posteli a najednou jako ne že by byl klasickej budíček, ale najednou k vám přiběhnou a úplně: ‚Vstávejte!‘ nebo ‚Vylez z postele!‘ a úplně na vás začne takhle řvát jako brutálně a ‚Ustlat!‘ Jak na vojně. Vůbec je nezajímalo, v jakym stavu jste“ (1), „Křičeli: ‚snídaně, snídaně, prášky, prášky!‘ (2), „V 7 ráno. Rozsvítili. Přišli, že je budíček a rozsvítili. A každé pátek jsme ještě hnedka po budíčku stahovali prádlo, ještě rozespálí, protože během čtvrt hodiny to muselo bejt, tak jsme stahovali prádlo v 7 ráno.“ (4).

## Iatrogenita

V průběhu výzkumu se ukázalo, že někteří jedinci si odnesou z pobytu v psychiatrické nemocnici traumatické zážitky. Vzhledem k závažnosti takového zjištění byla pro dané téma vytvořena samostatná kategorie, aby bylo podrobněji zmapované, z jakých příčin může dojít v nemocnici k poškození pacienta. Respondentka tohoto výzkumu byla umístěna na konkrétní pavilon psychiatrické nemocnice nikoliv na základě diagnózy nebo závažnosti stavu, ale pouze na základě věkové charakteristiky. Ač 67letá žena, přesto však velice vitální a aktivní, se ocitla na pavilonu,

gerontopsychiatrie, který má z praktických důvodů rigidní nastavení pravidel (například sprchování pouze jednou týdně) a dle vlastních slov se cítí být touto zkušeností traumatizovaná: „*Nejhorší je, že jste tam hrozně dlouho zavřená, než Vás vůbec pustěj ven. Na malym prostoru, kde se můžete procházet jedině po chodbě, která taky není tak moc velká. Když se tam s někým skamarádíte, zavěsíte se na něj, abyste měla někoho vedle sebe, protože je tam strašná samota, teď tam vidíte případy daleko horší, nežli jste vy, tak to působí strašně depresivně, ty těžký případy – ten Alzheimer a Parkinson... Tam byla 90letá babička, která se ráno počůrávala na podlahu... takovýhle případy. Taky bylo strašný na pokoji ti nemytí lidé, ty staré paní nechtěly větrat, že nastydnou klouby. Jedna paní se tam třeba pokakala, oni jí přebalili, umyli, to zas jo, ale smrdělo to tam a ta paní nechtěla větrat, že by nastydlá... tak to na mě strašně depresivně působilo, strašně. Když jsem si představila, že bych byla na jejich místě, vůbec bych nevěděla, kam jdu, co jdu a teďka takováhle péče, tak... tak to ve mně zanechalo stopy. Jako že mám od té doby strach ze stáří. Abych se nedostala do nějakýho takovýho zařízení... Vždycky když si vzpomenu na ty lidi tam, tak mi jde mráz po zádech. To máte některý pacientky třeba celou noc prokřičej. Nebo prochoděj po chodbě. Některý se perou. Takovýhle případy tam jsou. Nebo hádaj. Jedna překřikuje druhou... Měla jsem strach. Když některý jsou agresivní. Myslím, že by to mělo být nějak rozdělený na ty lehčí případy nebo takový ty neřekla bych lehčí – protože někdo třeba nemluví, ale může být těžce psychicky nemocnej, ale takový ty agresivnější a takový ty mírnější. Aby nebyly pohromadě.“ (2).*

Další respondentka vnímala jako poškozující pobyt v klecovém lůžku: „*Tam se to dělalo takovým stylem, že dva nebo tři pokoje byly takové pozorovací – jak člověk reaguje na tu situaci, a pak když se usoudilo, že jsou zralí na tu hospitalizaci, tak šel na další tři pokoje, že se to tam prostě takhle stěhovalo. A pak jednou nebylo místo v pokoji, kde jsem byla já, tak mě šoupli do klecovýho lůžka.*

*Hrozný. Protože vedle mě tam ještě dali nějakou pani, strašně příjemnou, dost jsme spolu hovořily a ta mi řekla ‚Na co my tady musíme bejt.‘ a já jí řekla: ‚Já tady nechci bejt. Vždyť to je hrozný – klece – to strašně ponižuje člověka.‘ No a pak se to vyvinulo, že sem teda odtamtad mohla jít, nevím, třeba usoudili, že mám nějaký špatný chování taky. A nebyla jsem jediná, ta pacientka co tam se mnou ležela, taky jí druhej den odlifrovali na jiný oddělení do úplně jinýho pavilonu a jenom, že ženský se hrozně bály na některý pavilony vůbec jít, že to byly uzavřené pavilony a byly tam špatný případy... každej se bál něčeho, aby nešel tam, nebo tam.“* Tatáž respondentka zažila i násilné vnitrozilní podání medikace: „*Byly hodně na nás přísný, nevzpomenu si, co jsem udělala, ale čaply mě 4 sestry a odtáhly mě na tu jejich kuřárnu – protože tam měly vlastní kuřárnu a řekly mi, že mi musej dát injekci a jestli jsem na něco alergická. Tak já jsem byla drsná, řekla jsem, že jsem alergická na injekce. Dvakrát se to stalo“ (3).*

Možnými traumatickými zážitky způsobenými pobytem v psychiatrické nemocnici mohou být například necitlivá distribuce pacientů na jednotlivá oddělení, umístění v klecovém lůžku bez řádného vysvětlení, násilné podání medikamentů bez dostatečného debrífingu a nedostatečný pocit bezpečí na oddělení.

## Potřeby pacientů

Tato kategorie zahrnuje návrhy pacientů na zlepšení péče tak, aby byla pro ně nápomocná, a zároveň pozitivní hodnocení už proběhlé hospitalizace – toho, co jim nápomocno bylo.

## Návrhy pacientů

V průběhu sběru dat byli respondenti požádáni, aby uvedli vlastní návrhy, co by se mohlo v péči o ně zlepšit, případně jaký přístup, co konkrétního by jim vyhovovalo v případě potřeby. Ve většině případů respondenti uvedli, že by potřebovali vyšší míru kontaktu s odborným pracovníkem (lékařem, psychologem): *„Především víc konzultací s lékařem, o těch stavech, jestli se to lepší, nelepší, jakéj máte pocit, to jsem říkala vždycky jenom sestřím... pozitiva, pozitiva, pozitiva! Nic jinýho. Povzbuzení a pozitiva. Hlavně ta psychologická péče. Slovo dobrý. Léky jsou důležitý taky, ale ještě ta psychologická péče.“* (2), *„Kdyby se se mnou někdo víc zabýval, když jsem tam třeba dělala věci, který bych do sebe neřekla... trochu mě to děsí, protože se bojím, že bych mohla mít i nějaké bludy a zřejmě jsem nějaké už i měla.“* (3), *„Větší přístup k pacientům. Terapie nějaký. Hloubkovější. Ne si jen popovídat o problémech, ale fakt něco řešit.“* (4), *„Najít ten moment, kdy se vymkli z té rovnováhy. A vlastně v té chvíli, kdy se ten člověk vymкну, tak ztratil ty šance, ty příležitosti, ztratil to ‚jde to‘. ‚Jde to, půjde to, stačí chtít.‘ Tohle ztratil. Tu naději. No a prostě vrátit tomu člověku tu naději zpětně a trochu víc s ním komunikovat. Jako voni myslěj, že třeba pomáhá to sezení. Když sedíš a říkáš své problémy, ale vždycky tam na tom sezení je vždycky nějaký ukecaný člověk, kterej pořád říká ‚A já tohle, a já tohle a já tamto a já a já...‘, ale jak jim to pomůže, když jenom poslouchaj tohle? Víc individuálně by měli.“* (1).

Někteří respondenti by ocenili vyšší míru edukace a navázání na následné služby: *„Myslím si, že by měla probíhat edukace v psychiatrické léčebně u pacientů. Aby věděli, jaká terapie konkrétně na co je. Protože když člověk otevře internet, tak jako dassein... neví. Ale oni musí řešit, že je budou i vzdělávat směrem k terapiím. Říct jim: ‚Máte takový problém, jděte tam.‘ (...) Myslim, že ty lidi můžou mít i nějakou recidivu vyloženě. A tam absolutně – jako najdete si terapeuta – tak nevim, jestli tohle, nebo jiného, tenhle má hezký vousy...vlastně jsem nad tím uvažovala, že musí být ti lidi úplně ztraceni... A líbí se mi myšlenka takové té sociální kliniky. Že tam jsou nějaké dotované psychoterapie.“*

*Že určitý počet je za nějakou nižší cenu, myslím 10 nebo tak.“ (6), „Pokud ještě není kontaktovanej s nějakým odborníkem, celkově ta síť není... není nějakým způsobem propojená, nekomunikujou spolu, to si myslím, že je největší problém. Takže doporučit těm příbuznejm nějakou toleranci a zároveň, že pochopěj, že je to fakt problém a nejen na tom začátku, ale i na tom konci. Není to prostě jako když má člověk zlomenou nohu a pustěj ho z nemocnice, tak za 14 dní to doma dohojí a bude dobrej. Je to běh na delší trať a kvůli tomu by na to měli být opatrnější. A trošku je potřeba to brát jako úspěch, když je tam vývoj v tomhle a není vývoj v tom, že se třeba člověk během toho, co se léčí, dokázal ještě dostudovat dvě vysoký školy a sehnat si práci za 50 měsíčně. Prostě, to okolí furt jede na těch společenskéjch linkách a nechápe ty medicínský linky“ (7).*

Dotázaní pacienti by uvítali větší míru individuální péče od odborníků a lepší provázanost následných služeb, na které by byli odkázáni, pokud možno s konkrétními doporučeními.

## Pozitivní zkušenosti

Pro vyváženost studie je kromě kategorie iatrogenity zařazena i tematická kategorie pozitivních zkušeností z psychiatrických nemocnic, konkrétních bodů, které pacienti vyhodnotili jako prospěšné a efektivní.

V několika případech se respondenti vyloženě pochvalně vyjadřovali k profesionalitě některých pracovníků: *„Tady měli větší prostor. Takže vždycky řekli: ‚Je to přibližný. Neztotožňujte se s tím. Diagnóza nejste Vy, máte nějakou osobnost.‘ (5), „(...), ale když chcete s ním mluvit o samotě, tak vás vezme zvlášť a můžete si s ním promluvit o samotě. Jako zase když jsem byla poprvé v těch Bohnicích, tak jsem měla docela fajn toho psychiatra. Byl nějakej Slovák, mladej chlap, jako docela hezkej, a dalo se s ním povídat a byl takovej chytrej, že se mi snažil pomoci.“ (1).*

Často se ozývaly pochvalné reakce na konkrétní aktivity, které se v nemocnicích pro pacienty odehrávaly: *„nám třeba říkali v těch Bohnicích, že třeba přerámování myšlenek, anebo ve skupině, když se třeba něco otevřelo, konkrétně v té skupinové terapii, kterou jsme tam měli, nebo tam byly ty relaxace – ano, to je fajn...“ (6), „Tam je hodně těch dílen a vycházek. A na ty dílny to bylo fajn, košíky, všechno možný. Tam je paráda ty dílny. A taky je tam fajn, že oni pouštěj ven. Že vás třeba pustěj v 1 hodinu odpoledne a vrátíte se až v 5. Čtyři hodiny volný a třeba tam se nesmí chodit za areál, ale když jsme si došli nakoupit do Alberta, nic se nestalo. Tam je to hezký na ty procházky, i když je to mezi těma budovama, takže to nebylo špatný“ (1), „Velice mě těšilo v tom Jičíně, že jsme tam dělali takový terapie ráno, že jsme měli relaxaci s hudbou – autogenní trénink. Bylo nás tam asi 6, kdo chtěl, tak tam mohl, mně to dělalo velice dobře. A co mi ještě dělalo dobře, že říkala, že, když to člověk*

bude dělat pravidelně, třeba i doma, tak že se může stát i to, že ta medikace se velice sníží, že to přestane úplně.“ (R3).

V jednom případě byl pochvalně zmíněn přidružený stacionář: „Když jsem tam byl, tak se ještě rozjížděl stacionář, tak ten je taky dobrej. Já jsem pak do něj docházel z venku ještě třeba 14 dní a že vlastně to připravuje lidi na ten život venku, kdy vlastně oni z toho pavilonu místo toho, aby chodili na jiný terapie, tak strávěj třeba 6 hodin denně v tom stacionáři, dělaj různé věci, že se učej – a to bylo velmi pozitivní – že se vlastně učej o psychických nemocích, že vlastně dostanou teoretickou průpravu o tom, co to je a ono pak jako... protože přijmout fakt, že má člověk nějaký psychický problém je těžký, zvláště když neví, co to je a jenom vidí hollywoodskou produkci, že schizofrenici jsou lidi, který rozřezávají ženský ve vaně a maniodepresivní jsou takoví ty magoři co si uříznou ucho a pak se zastřeje.“ (7).

Za velmi podstatný pozitivní jev psychiatrických nemocnic respondenti považovali účinek společné hospitalizace – tedy zážitek sounáležitosti s ostatními jedinci v chráněném prostředí: „Chráněné prostředí a kolektiv... největší přínos bylo všudypřítomné slušné zacházení a ochrana před krutostí vnějšího světa. A zároveň vůbec to, že se o člověka starají, že mu pomáhají, že mu naslouchají. Přišlo mi, že pro mnoho těch lidí byly ty léky spíše symboly, že je o ně pečováno, než skutečně, že by chemicky zabral“ (5), „Co se týče toho přátelství, tak tam bylo pár lidí, které jsem měla, v té společenské místnosti jsme mohli i hrát i různé hry, takže to mě bylo docela příjemný... Ono to dělalo i to, že nás tam bylo málo. Takže třeba i smíšený malý oddělení. Vyhovovalo mi třeba to, že jsme hráli scrabble s jedním pánem a to mě hodně bavilo.“ (3), „Když má někdo nějaký pokus o hudební nástroj, tak ho tam používá a hrajou se tam karty, kouří se tam jedna za druhou, různě se tam s tím kšeftuje... je to takový místo směny, mi přijde. A setkávání a nějaký komunikace.“ (7).

Shrnutí pozitivního účinku samotné hospitalizace ještě nabízí následující citát od respondenta, který výstižně pojmenovává léčebný efekt chráněného prostředí: „Tak myslím si, že i když třeba má člověk pocit, že mu kdovíjak nepomohli, tak naprosto zásadní je, že ví, když je nejhůř, tak že ještě před tou případnou smyčkou je ta hospitalizace. Ve všem je důležité mít ještě dobrou z nejhorsích možností – tak to je úžasné. Od té doby už jako vím, že když se to zase zhorší – což dej Bůh ne –, tak mohu jít tam, nebo že už to člověk zná. Protože lidé mají pořád představu, že je to něco, co je vyřadí navěky z normální společnosti a ono to tak vůbec není samozřejmě. Tak tahle zkušenost je taková do budoucna uklidňující“ (5), „To je další věc. Že spousta lidí to bere jako nějakou špatnou zkušenost, mají jenom proto, že jsou prostě hospitalizovaný na psychiatrii. Že si říkají, že je to hrozný prostředí. Ono to prostředí je hrozný, ale jde o to, že já když jsem se na něj dostal, tak jsem vždycky byl v takovém stavu,



*že už to bylo jenom lepší. To, že jsou kolem nějaký magoři, a že prostě dělaj nějaký šílenosti, tak to furt bylo nic proti tomu, co jsem měl předtím sám se sebou. Takže to celý vnímám celkově pozitivně a možná do toho někdy zapadnou nějaký věci, kdy někdo byl jízlivej, ošklivej, špatnej a naopak bych vyzvednul lidi, který byli hrozně fajn“ (7).*

## Stigmatizace

Chystaná reforma by měla počítat s účinným bojem proti stigmatizaci duševního onemocnění, proto i toto téma bylo ve výzkumu reflektováno. V některých případech se mohou lidé s potížemi v duševní oblasti zdráhat využít pomoc z důvodu jisté fatálnosti nálepky psychiatrického pacienta: *„Nikdy se mi na tom nelíbilo to, že to je na furt. Jak tam přijdete poprvé, tak už na furt, máte zápis na furt“ (1),* někdy mohou mít jedinci s duševním onemocněním problém v novém zaměstnání, když mají uvedeno v pracovním posudku svůj zdravotní handicap, zároveň je zde snad naděje, že se situace ve společnosti v tomto ohledu mění: *„V týchle době už to lidi začínaj brát trochu pozitivně, když jsem jako přišla teď do práce a řekla jsem, že mám neschopenku od psychiatra... Teď už to není tak špatný. Teď už se na to lidi začínaj koukat jinak. Když máte nějaký záznam a tohle. Ale ještě před dvouma rokama to byla hrozná ostuda, mít záznam o léčení. Já to tajila před svým obvodákem, a potom, když jsem vyšla s pravdou ven, protože jsem musela, s tím Havlíčkovým Brodem, tak potom jsem chtěla jít do práce a napsal mi tam posudek, že jsem fetišák a že mám sklony k fetování a všechno možný. Takovej posudek, s kterým by do práce nikoho nevzali a ty doktoři potom akorát potápěj.“ (1).*

Některé situace, které se udály právě na základě stigmatizace duševního onemocnění, mají až humorný ráz: *„A měl jsem takovou zajímavou situaci, kdy jsem se večer vracel z propustky, a to byla zima, takže už byla docela brzo tma. A potkal jsem nějakou ženskou v důchodu, která sháněla, kde je ubytovna sester, že přijela nějaká příbuzná nějaký sestřičce. No a já jsem řekl, že jdu tím směrem, že ji doprovodím a šli jsme, normálně jsme kecali, všechno v pohodě... a když jsme došli k tý sesterně, tak říkám: ‚Tak tady vlevo, to je Vaše.‘ A ona: ‚Jo, děkuju, Vy jste milej. A Vy tady pracujete?‘ A já jsem řekl: ‚Ne.‘ A ona v tu chvíli začala zdrhat k tý sesterně a já jsem si v klidu odkráčel k sobě“ (7),* zároveň však jeden respondent upozornil v rámci výzkumu na zajímavou myšlenku, že v některých případech se pacienti svou diagnózou škatulkují v podstatě sami a dobrovolně: *„Ten krunýř té diagnózy, kdy ty lidi každý svůj krok vysvětlovali v souvislosti diagnózy. Kdykoliv byli v nějakým sporu, tak to vysvětlili buď - ‚Ty mi nerozumíš, protože...‘, nebo ‚Nemůžeš se na mě zlobit, protože za to nemůžu.‘, že se z toho stala úplně univerzální taktika a ti lidé se v podstatě stávali mistry v naplňování čítankové definice diagnózy.“ (5).*



Naopak jako nestigmatizační bylo označeno psychiatrické oddělení v rámci běžné nemocnice: „Že to prostě byla nemocnice, nebyla to jen psychiatrie, takový to – všichni jsou tam psychouši... a přijde mi, že to není tak stigmatizační, není tam takový provoz, nával.“ (6).

## Komunitní tým

Důležitou součástí výzkumu bylo předložit respondentům koncept vznikajících multidisciplinárních týmů, které by mohly sloužit jako alternativa k hospitalizaci. Všem respondentům bylo vysvětleno, jak takový komunitní tým funguje, a byli dotázáni, zda by takovou službu využili.

Někteří respondenti se vyjádřili k takovéto službě výlučně souhlasně a uvedli, že by takovou službu využili. (n=3): „Určitě je to určitej posun, protože když to na toho člověka přijde a rychle ho odvezou do té nemocnice, tak si uvědomí: ‚A já mam záznam‘. Já nevím, já jsem byla jednou nohou v realitě a zbytkem těla jinde. Takže dokázala jsem komunikovat s lidma nebo tohle, ale furt jsem měla ty hlasy, takže furt jsem byla trochu mimo. Jako připadalo mi, že se něco dělo mezi nebem a zemí, něco co je jakoby zlý, že je všechno ovlivněný... ale kdyby mi přijeli domů a nabídli nějak tu pomoc... ale vlastně první ta alternativa nemá bejt ‚my vám nabídneme ty prášky.‘ Ale má vám bejt nabídnuta pomoc. Jako kdyby přišli a nabídli mi pomoc, tu pomocnou ruku, tak ji přijmu, ale když přijdou a nabídnou vám injekci, prášky prostě, hned dopovat nějakym svinstvem, tak to člověk, to každej asi tak má, že když vám hned nabídnou prášky, tak jako si řeknete, no ale teď bych potřeboval spíš tu pomoc.“ (1).

Někteří respondenti však vyjádřili myšlenku, že pozitivum hospitalizace je z velké části vytržení pacienta z jeho prostředí, které působí toxicky, což by v případě komunitního týmu nebylo možné:

„Tady to je hezká myšlenka, ale funguje, když je ten pacient zodpovědný. A opravdu v momentě, kdy to na něj leze, tak hnedka kontaktuje nějakýho lékaře a proto nepotřebuje ani tým, který za ním chodí domů. Jako jo, je to dobrý, když z toho doma nechce vylízt. Ale když už toho domova nechce vylízt, tak si myslím, že už je to pomalu na hospitalizaci. Buď to prostě ten pacient chce, a pak nakontaktuje svého psychiatra. Mnohem podstatnější jsou podle mě nějaký kontaktní centra, pro nováčky třeba Riaps, nebo Ondřejov nebo Fokus, který pracuje s těma pacientama a ten pacient tam může trávit celý dny a odpočinout si a zároveň ho to nutí vyjít z toho domova, dostávat se do interakce s jinejma lidma a dělat nějaký činnosti. Zatímco když je doma a oni za ním docházejí ambulantně, tak mi to přijde kontraproduktivní v tom, že on je zalezlejší doma a oni ho jenom monitorují, ale nikam ho neposouvají. Ale ten první náštel je dobrej a rozhodně mi přijde dobrý, když ten kontakt je pravidelnej a když ten pacient nechodí jenom k psychiatrovi, aby si s ním na pět minut pokecal a předepsal mu léky. Že prostě nějaký pravidelnější monitoring je potřeba, zvlášť u nějakých chronických pacientů“ (7),

„Tam šlo spíš o to, že jsem se i musel dostat z toho prostředí, ve kterém jsem byl. Ale dovolíte-li odbočku, to bylo víc případů,... že spousta těch lidí měla spíš nějaký sociální problém, což prostě já jsem neměl – sláva Bohu – ale prostě, padlo na ně prostředí, nezvládali tu rutinu, ve které byli a nutně potřebovali ven. Tohle je vlastně taková jediná možnost, že... mně to prostředí samo o sobě nějak neublížovalo. Jenom jsem prostě musel, tak vůbec se stáhnout ze světa na těch pár týdnů. Ale u řady spolupacientů mi stoupalo podezření, že klinicky byli naprosto fit, ale že je tak šíleně ubíjelo to prostředí, že prostě oni někam potřebovali. Na to, aby to byl nějaký azylák, útulek, to zase nebylo takové, a tak vlastně doba a prostor nabízely jenom tohle. Prostě poleželi si tam ten svůj měsíc, vrátili se, chvilku z toho žili, pak to na ně zase padlo a za půl roku byli zpátky a už to byl takový kafemlejek, už se s tím počítalo. ...lidí osamělí tam měli spolupacienty... s lidmi, ke kterým se všichni chovali hnusně, se najednou zacházelo slušně... je vlastně smutný, že ty věci, který by měly být normální, mnoho lidí okusilo až tam, ale zase byly nenahraditelné něčím jiným... Pochopitelně to, co Vy říkáte, by fungovalo v tom, že by třeba se dozvěděli nějaké věci typu, že třeba nejsou kus hadru, nejsou na obtíž, nejsou zbyteční... to samozřejmě by si mohli vyslechnout, ale trošku by to mohl být i boj s tím prostředím, že ten komunitní tým by ani tak nebojoval s tou nemocí, jako s tím prostředím, ve kterém se to zvrhlo... Ale u těch mých problémů a u problémů řady mých spolupacientů právě ta hospitalizace bylo to kouzlo. Ale bylo to kouzlo taky proto – což mohlo být velký štěstí –, že se tam sešla takříkajíc parta skvělá, že ty lidi si porozuměli navzájem, chovali se k sobě hezky, že to vlastně byla taková škola v přírodě, když to přeženu. Že tomu zavládla pohoda. Ohromná pohoda, kterou si ty lidi sami dělali, za podpory toho personálu, a pro mnohé z nich to byl téměř šok, že existuje něco jako pohoda. Že existuje něco jako, že je jim dobře s ostatními lidmi. A to zase by se v tom jejich prostředí, které bylo často velmi problematické, nemohlo nastat“ (5).

U některých pacientů se přitom může jednat o zajatý zvyk: „Hele, nevím, já jsem nikdy do žádného komunitního týmu nechodil, vím, že Jarolímek říkal, že plánuje mít patro, kde by zkoušel léčit psychózu i tímhle stylem, že tam bude v tom bloku 24 hodin terapeut a bez prášků nějak jako. Jestli bych to zvlád a neměl bych chuť to na sobě otestovat. Ale já jsem vždycky šel do blázince, už třikrát, já se tam vždycky doplahočím po čtyrech a prostě táh jsem to, jak dlouho to šlo, ale pak už to nešlo, tak jsem prostě šel. Rovnou jsem zavolal na krizový oddělení a oni rovnou řekli, ať přijdu. Vždycky se tam takhle nechám hospitalizovat.“ (4), případně: „Upřímně si myslím, že pro mě bylo dobré z toho prostředí vykročit. Protože člověk je v nějaké smyčce, ve které se pohybuje a takové to: ‚Co se stane? Co si řeknou sousedi?‘. Nebo že pořád byl člověk doma a já mam tu úzkostnost, takže jsem se tady zavírala čím dál víc, nebyla jsem schopna vynést už ani koš, chodila jsem v noci ve 3 ráno, když na ulici nikdo nebyl, tak jsem se přikradla, nakupovala po internetu, sice mi to bylo strašně nepříjemný,

že vycházím z toho prostředí, protože jsem se bála, tam byla vlastně nějaká ta propustka, tak jsem se bála, že jednou za čas člověk mohl domů, pak měl nějakou tu delší, víkendovku, tak jsem se strašně bála, že to tady bude spadlý, že tady budu mít pomalu exekuci na majetek, v uvozovkách, jako by se zastavily ty existenční věci, který člověk nemohl řešit. Odtamtud. Ale zároveň pak zjistil, že si strašně odpočinul a ty problémy už třeba nebyly tak žhavé, jak je třeba viděl, kdežto tím, jak třeba on dojde, takový tým, tak si řeknu: ‚Ježišmarjá, oni mě uvidí, teď já tady mám neuklizeno, teď vypadám jak kretén, ježiš.‘ Třeba ty sociální úzkosti, tak to pak ještě víc dopadne.‘ (6).

## Ukončení hospitalizace

Záměrem výzkumu bylo zmapovat, jestli při propouštění pacienta z nemocnice věnuje personál čas na předání informací o doporučení na následnou léčbu. Z výzkumu vyplývá, že ve většině případů respondenti odešli bez jakéhokoliv dalšího doporučení: ‚No, oni spíš potřebovali volný místa, no. Voni potřebovali volný místa a já jsem potřebovala rychle pryč. Ono když je člověk v těch Bohnicích, tak prostě řeší hlavně to, že se těší, až už rychle odejde. Prostě ‚běžte domů.‘ Když jste to chtěla ukončit dřív, prostě skončila vám neschopenka, běžte domů, běžte do práce, čau.‘ (1), ‚Já jsem se dohod s doktorkou měsíc předem, že odejdu, ona řekla, že jo. Tak jsem odešel, tak jsem se rozloučil, myslím, že jsme se o ničem takovym nebavili, co bude pak. Řekli mi něco ve smyslu, že kdyby mi bylo blbě, že se můžu hospitalizovat znova. Dali mi zprávu a šel jsem a následně jsem chodil dál ke svému psychiatrovi.‘ (4), ‚Kontakt jsem získala přes opatrovnici. Při propuštění jsem se rozloučila víceméně já, na shledanou, věděli, že půjdu pryč, nějaký slavnostní rozloučení že by bylo, to ne.‘ (2).

Celkem ve dvou případech však respondenti uvedli, že byla jejich výstupu věnovaná pozornost: ‚Tam byla podmínka, třeba u těch Bohnic, že už by člověk měl mít někoho do terapie nebo následnou péči. Ale já jsem neměla sílu vůbec si někoho hledat na péči... to jsme si každý sám museli už mít hotové. To mi zas ale přijde, že mě Bohnice připravily líp, než v té ÚVN. Tam ani doktor nevěděl, jestli mi má dát nějakou pilulku. Protože já jsem neměla žádnou medikaci s sebou. Prostě mi dal do sáčku tři prášky, a kdežto v Bohnicích mi přišlo, že víc na tohle mysleli.‘ (6), ‚Určili mi paní psychiatricku... tak sjela se skoro celá rodina. To bylo dobrý, to bylo pozitivum. Primář jim říkal, co a jak. Jestli třeba budu s nimi chodit na procházky... Manžel na to prohlásil, že je antiprocházkovéj. Asi jako mě svěřili do té péče rodiny.‘ (6).

## 7.9 Odpovědi na výzkumné otázky

### 1. Jaké skutečnosti během hospitalizace vnímali pacienti jako nejméně ponižující/traumatizující ?

Nejméně vyhovující na psychiatrických hospitalizacích se v tomto výzkumu ukázal odtažitý, neosobní přístup zdravotních pracovníků, kteří projevují neochotu, nemají dostatek času pacientovi vysvětlit účel léčby, nebo získávat zpětnou vazbu na účinky léků a celkový stav.

Pacienti také vnímali jako ponižující způsob ranního buzení, který připodobňovali k vojenskému.

Vyloženě traumatizujícími se ukázaly praktiky umístění pacienta do klecového lůžka či násilné podání medikace bez předchozího řádného vysvětlení.

Dalším iatrogenním faktorem může být i necitlivá distribuce pacientů na jednotlivá oddělení.

### 2. Jak hodnotili respondenti úroveň ubytování?

Pod pojmem úroveň ubytování bylo ve výzkumu myšleno počet lůžek na pokoji, hygienický stav sociálních zařízení, kvalita stravy a celkový dojem z budov, včetně moderních prvků.

Z výzkumu vyplynulo, že stav těchto jednotek je variabilní napříč nemocnicemi. Některé nemocnice si pacienti celkově pochvalovali (dvoulůžkové pokoje v PCP, elektronické náramky v ÚVN), některé označovali za depresivní a oprýskané, zároveň během výzkumu byly zaznamenány posuny v rekonstrukcích a inovacích. Pacienty může nepříznivě překvapit, pokud se na toaletách nevyskytuje toaletní papír či mýdlo na ruce.

Naopak strava je hodnocena víceméně kladně, ojediněle je vytýkán nedostatek ovoce a zeleniny apod.

Zdá se, že na pacienty obecně působí komfortněji menší oddělení a pokoje s nižším počtem lůžek.

### 3. Jak vnímají pacienti úpravu farmakoterapie během hospitalizace?

Respondenti ve výzkumu vnímají, že se jim v průběhu hospitalizace a hlavně na jejím začátku užívání medikace významným způsobem navýší. Po ukončení hospitalizace obvykle s pomocí ambulantního psychiatra postupně tyto dávky snižují na běžný standard.

Někteří pacienti zažívají po navýšení medikace nepříjemné stavy – pocity smutku, utlumení, bolesti hlavy. V některých případech se personál o pocity spojené s užitím medikace aktivně zajímá, v některých případech je pacient ponechán osamocen.

V psychiatrických nemocnicích je zvykem podávat i benzodiazepinové léky. Pacienti v tomto výzkumu byli ve většině případů informováni o rizicích spojených s užíváním těchto léků. Ve dvou případech byl tento lék podán bez potřebných informací.

Z výzkumu vyplývá, že primární zájem o farmakoterapii na úkor jiné terapie (například psychoterapie) může vycházet i z přání pacientů. Efekt léků zvyšuje chráněné prostředí a empatický zájem odborníků.

#### **4. Jaký přístup by pacientům vyhovoval během propuknutí nemoci?**

Na základě tohoto výzkumu můžeme shrnout, že pacientům nejvíce vyhovoval individuální přístup založený na profesionálně-partnerském vztahu s odborníkem. Dále byly pozitivně hodnoceny denní aktivity – především různé pracovní dílny, hagioterapie, hypoterapie, stacionáře atd.

Respondenti tohoto výzkumu se shodli, že jim ve stavech psychického diskomfortu pomáhá pozornost odborníka, který dokáže nabídnout povzbuzení a naději do budoucna. Zmíněna byla také potřeba řešit problémy do hloubky, zjistit příčinu vzniku duševní nemoci.

Pacienti by v tomto ohledu ocenili více informací či větší provázanost co se týče následných služeb.

#### **5. Měli by pacienti zájem řešit svůj akutní stav komunitním týmem namísto hospitalizace?**

Někteří pacienti již by se do nemocnice vrátit nechtěli, jejich prostředí na ně nepůsobí příznivě a vznik terénních komunitních služeb vítají.

Zároveň u jistého procenta pacientů bude zřejmě hospitalizace nenahraditelná, poskytuje totiž bezpečné prostředí, vytržení z jejich přirozeného prostředí, které mohlo být toxické, stresující, svým způsobem samo o sobě mohlo být i spouštěčem duševního onemocnění, dále nabízí pocit sounáležitosti se skupinou spolupacientů, společenství a pravidelný zájem respektovaných odborníků.

Pacienti by však ocenili kontaktování na následné služby v případě ukončení hospitalizace.

#### **6. Dochází k zapojování psychosociální složky v léčbě pacienta?**

V současné době je na většině psychiatrických oddělení k dispozici psycholog/psychoterapeut. V některých případech je v nabídce služeb individuální psychoterapie. Všichni pacienti nemusí mít zájem v rámci hospitalizace těchto služeb využít. Respondenti této studie, kteří služeb individuální psychoterapie využili, byli všichni velice spokojeni a považují tento proces za klíčový na cestě k uzdravě.

Dále bývá na odděleních pravidelně přítomna skupinová terapie, která vždy kladně přijímaná není. Pacienti mají někdy pocit, že je tento způsob léčby neefektivní, v některých případech dokonce, že je kontraproduktivní a zdravotní stav ještě zhoršuje.

Další aktivity na oddělení, které směřují k osvojení pevného denního režimu a aktivizaci pacientů, jsou vnímány veskrze pozitivně, jen v některých případech jsou vyhodnoceny jako málo zábavné a monotónní.

V průběhu výzkumu vyšlo najevo, že je v některých nemocnicích brán zřetel i na spirituální složku osobnosti.

K zapojování psychosociální složky při léčbě tedy dochází, primární je však farmakomedikace.

## 8. Evaluace implementace – II. část

### 8.1 Předmět a cíle 2. části výzkumu

Cílem zkoumání bylo sesbírat údaje od **odborníků pohybujících se v psychiatrickém oboru**, zjistit jejich názor na **aktuální úroveň psychiatrické reformy**, jejich doporučení v některých aspektech reformy, ale i prozkoumat nastavení samotných odborníků k otázkám transformace. Výsledky zjištění by měly přispět k evaluaci současného stavu psychiatrické péče.

Pro ověření stanovených výzkumných cílů bylo zvoleno **dotazníkové šetření**. Testována byla data sesbíraná z dotazníku vlastní konstrukce. Data byla získána celkem od 47 respondentů a dále zpracovávána pomocí programu Statistica 13.

V rámci dotazníkového šetření byly zvoleny také tři výzkumné otázky. Z důvodů možnosti výběru více odpovědí u otázek zkoumajících stanovené jevy bylo přistoupeno k tabulkám absolutních a relativních četností v programu Libre Office Calc. Při statistickém testování by bylo nutno použít rozsáhlejší matematické metody, které překračující možnosti této práce. Přesto jsme považovali za přínosné prozkoumat četnost odpovědí odborníků na dané otázky, ačkoliv je nutné mít na zřeteli, že daná zjištění nemají statisticky signifikantní hodnotu.

**Hypotézy a výzkumné otázky výzkumu byly stanoveny takto:**

Hypotézy:

1. H0: Všechny oblasti reformy jsou oslovenými odborníky považovány za ty, kde se nejvíce nedaří naplňovat psychiatrická reforma.

H1: Existuje jedna oblast reformy, která je oslovenými odborníky považována za tu, kde se nejvíce nedaří naplňovat psychiatrická reforma.

2. H0: Délka praxe nemá vliv na postoj k psychiatrické reformě.

H1: Délka praxe má vliv na postoj k psychiatrické reformě.

3. H0: Obor zaměstnání nemá vliv na postoj k psychiatrické reformě.

H1: Obor zaměstnání má vliv na postoj k psychiatrické reformě.

Výzkumné otázky:

1. Jakou překážku při naplňování reformy vyhodnotí respondenti jako nejsilnější?
2. Který způsob vedení destigmatizační aktivity vyhodnotí respondenti jako nejefektivnější?
3. V jakém bodě se dle respondentů daří naplňovat reformu v Praze a Středočeském kraji nejlépe?

## 8.2 Metoda sběru dat

K získávání dat byl použit dotazník vlastní konstrukce (viz Příloha 3), který ve svých otázkách reflektuje deklarované cíle reformy dle doporučení Zelené knihy, a výpovědi pacientů z kvalitativní části výzkumu. Dotazník je jedním z nejběžnějších nástrojů pro sběr dat pro různé typy průzkumů. Výzkum formou dotazníků byl vybrán i z toho důvodu, že se jedná o poměrně efektivní techniku, při níž je možné oslovit větší množství respondentů při víceméně nízkých finančních i časových nárocích (Disman 2002).

Dotazník je sestaven ze tří částí – v první zjišťuje statistické údaje sloužící k popisu výzkumného souboru, v další části mapuje **názory na aktuální stav reformy** v daném regionu, které jsou vyjádřovány pomocí výběru z předepsaných odpovědí, a které jsou podkladem pro ověřování první hypotézy a výzkumných otázek. U některých dotazníkových otázek je omezena možnost výběru na jeden, u některých otázek je výběr neomezený. Třetí část dotazníku obsahuje 13 výroků, na které se vybírá právě jedna odpověď podle míry souhlasu s využitím Likertovy škály (1 – rozhodně souhlasím, 2 – spíše souhlasím, 3 – nevím, 4- spíše nesouhlasím, 5 – rozhodně nesouhlasím), tato část dotazníku slouží k zjišťování **proreformních postojů** respondentů a tím k ověřování druhé a třetí výzkumné hypotézy.

Dotazník byl distribuován přes internet pomocí dotazníkové platformy google forms. Zpočátku byl dotazník osobně prezentován na vybraném oddělení Národního ústavu duševního zdraví. Osobní prezentace dotazníku a oslovování konkrétních pracovníků se však ukázalo být nedostatečně efektivní z hlediska návratnosti dotazníků, z toho důvodu přistoupeno k hromadnému sdílení dotazníku v uzavřené facebookové skupině Psychiatrie CZ, Psychiatria SK. Potřebná data zde byla nasbírána během jednoho týdne. Celkově sběr dat probíhal v období leden – únor 2018.

## 8.3 Výběr výzkumného souboru

Základní soubor respondentů jsou **psychiatři lékaři, zdravotní sestry a kliničtí psychologové** (psychologové ve zdravotnictví), kteří v současné době pracují ve zdravotnickém psychiatrickém zařízení. Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR bylo na celou republiku v roce



2016 celkově na psychiatrii 1512,19 lékařů, 3156,58 zdravotních sester a 317,8 psychologů. Do výzkumu byli zařazováni zaměstnanci psychiatrických nemocnic a klinik, psychiatrických oddělení nemocnic, CDZ a denních stacionářů. Do výběru byla zařazena zařízení léčící typy duševních onemocnění a poruch, tak, jak je definuje MKN-10 v rozsahu F00 - F69.

Vzhledem k rozpočtu této práce, omezeným časovým možnostem odborníků, a z toho vyplývající špatné návratnosti dotazníků, byla pro výběr respondentů zvolena **metoda příležitostného výběru**. Pomocí sociální sítě bylo osloveno velké množství odborníků zároveň, někteří z nich dotazník vyplnili a někteří dále distribuovali. Další data tak byla získávána **metodou sněhové koule**.

## 8.4 Popis výzkumného souboru

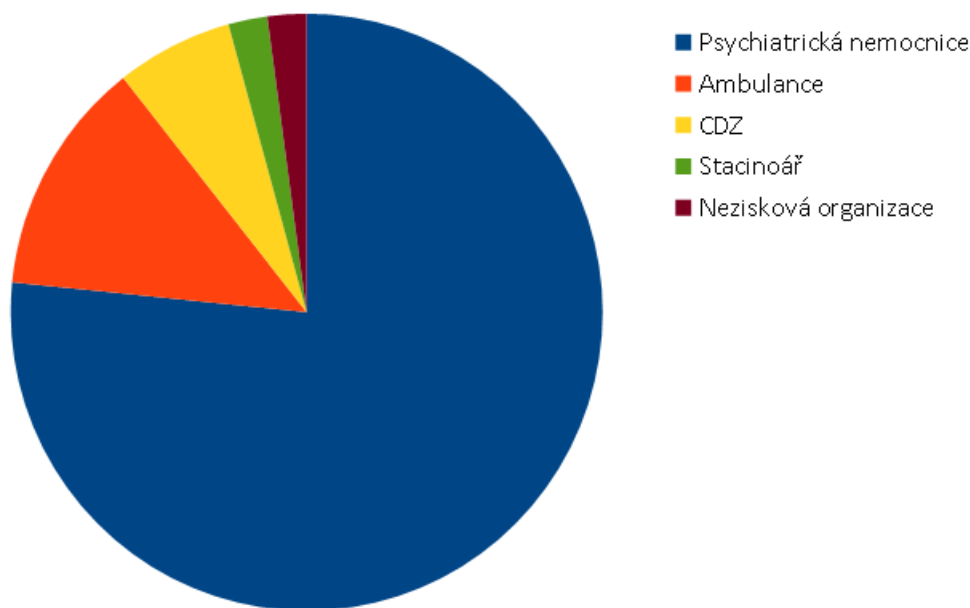
Výzkumný soubor tvoří 47 respondentů, z toho 14 psychologů, 15 psychiatrů a 18 zdravotních sester/bratrů. Celkem 33 respondentů jsou ženy, 14 muži. Respondenti vykonávají své povolání v denním stacionáři (n=1), ambulanci (n=6), psychiatrické nemocnici nebo jiném dlouhodobém lůžkovém zařízení (n=37), v Centru duševního zdraví (n=2), a v neziskové organizaci poskytující zdravotnické služby (n=1).

Dotázaní respondenti pracují v oboru různý počet let od 1 roku a půl do třiceti pěti let praxe. Průměrná doba vykonávání praxe je 9,78 let.

Z výzkumu byla vyřazena jedna respondentka z důvodu nenaplnění kritérií práce ve zdravotnictví.

**Tabulka 6** – Rozdělení výzkumného souboru podle vykonávané profese a pohlaví

	Pohlaví		
	Muž	Žena	Celkem
<b>Profese</b>			
Psychiatr	53,33 %	21,88 %	31,91 %
Psycholog	40 %	25 %	29,79 %
Zdravotní sestra	6,67 %	53,13 %	38,30 %



**Obrázek 2** – Rozložení respondentů dle oblasti výkonu praxe

## 8.5 Metody zpracování dat

Sebraná data z dotazníků byla převedena do programu LibreOffice Calc, očištěna a překódována do čísel. V případě Likertovy škály byly sloučeny odpovědi „Rozhodně souhlasím“ a „Spíše souhlasím“ (1) a „Rozhodně nesouhlasím“, „Spíše nesouhlasím“ (2). Ze vzniklých dat byly vytovřeny kontingenční tabulky četností. Statistické testování probíhalo v programu Statistica 13 pomocí neparametrických metod **chi kvadrát a Wilcoxonův test**.

Při vyhodnocování hypotézy o preferenčních postojích odborníků (H číslo 2 a 3) byla definována kategorie „proreformní postoj“. Jednalo se o převahu následujících odpovědí:

1. U otázky „Zkuste prosím odhadnout, jaké procento Vašich pacientů by dle Vašich předpokladů bylo schopno zvládnout svůj zdravotní stav bez využití lůžkové hospitalizace?“, odpovědi 25 % - 50 %, 50 % - 75 % a 75 % - 100 %.
2. U otázky „Spolupracujete Vy osobně, nebo zařízení, ve kterém pracujete, s nějakými komunitními službami?“, odpovědi „Ano, vím přesně s jakými.“ a odpověď „Ano, ale nevím přesně s jakými“.
3. U otázky „Jaký je Váš názor na zapojování rodiny pacienta do léčby? (samozřejmě v případě jeho souhlasu)“, odpověď „je to efektivní, využívám to v případě možnosti a potřeby“.
4. U otázek v poslední třetině dotazníku – vyjadřování míry souhlasu s tvrzeními pomocí Likertovy škály převaha odpovědí 1 (Rozhodně souhlasím nebo Spíše souhlasím) u otázek: „Aplikace ITAREPS

by měla být běžnou součástí psychiatrické péče hrazené pojišťovnou“, „Psychoterapie by měla v každém případě tvořit nedílnou součást léčby“, „Zdravotní psychiatrické sestry by měly mít pravidelnou supervizi“, „Na každém oddělení psychiatrické nemocnice by měl být přítomen psycholog alespoň na úvazek 1,0.“, „Hospitalizace může být někdy zapříčiněna i nedostatkem odborníků v terénu“.

## 8.6 Etika

Dotazník respondenti vyplňovali na základě dobrovolnosti a informovaného souhlasu a byl zcela anonymní. Není tedy možno spojovat konkrétního člověka s jeho odpověďmi, a tím je zajištěno bezpečí respondentů. Otázky mířily výhradně do profesionální sféry a odborných názorů. Nepředpokládá se zde možnost poškození respondentů.

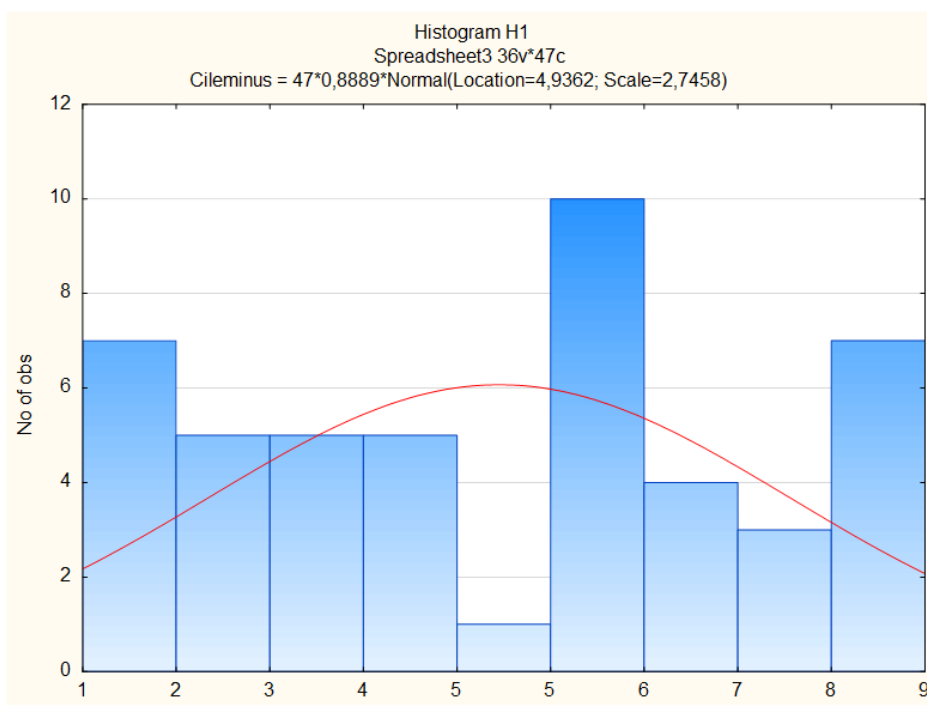
## 8.7 Analýza získaných dat

Naplňování cílů reformy

Pro zjišťování názorů respondentů na naplňování cílů reformy byly vybírány položky, které se daří naplňovat a jedna položka, která se daří naplňovat nejméně, z následujícího seznamu:

1. lepší technické vybavení pracovišť
2. vlídnější přístup personálu
3. redukce počtu lůžek
4. zapojování komunitních týmů do léčby pacientů
5. snižování stigmatizace spojené s duševním onemocněním
6. vytvoření regionální sítě služeb
7. tvorba ambulanací s rozšířenou péčí
8. zapojování psychosociální složky do léčby pacienta
9. vznik specializovaných oddělení v rámci běžných nemocnic

Pomocí testu normality (Kolmogorov-Smirnov test) jsme zamítli normální rozložení dat proměnné cileminus ( $p < 0,01$ ) a přijaly jsme pro tuto proměnnou binomické rozdělení dat ( $p = 0,55$ ).



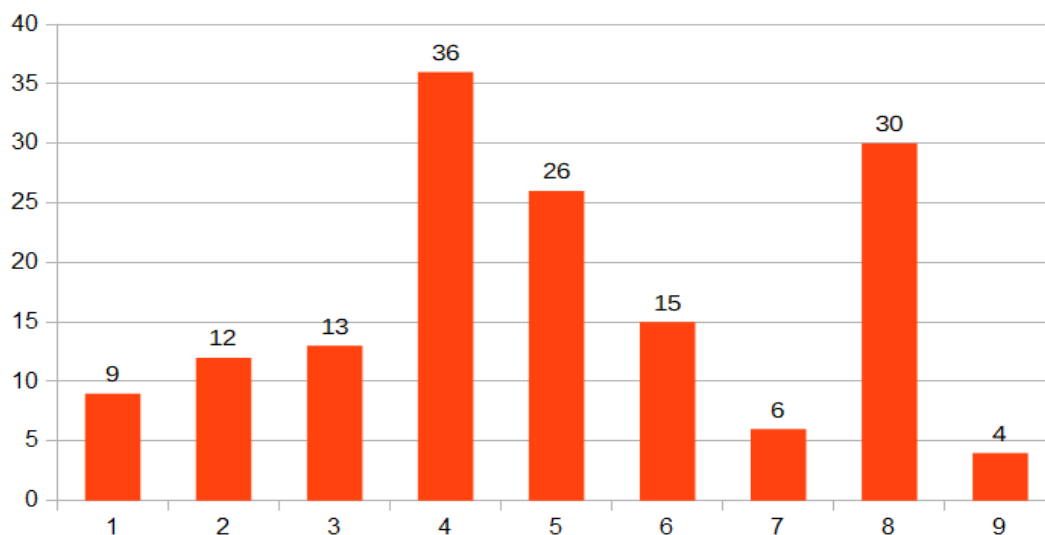
**Obrázek 3** – Histogram u ověřování Hypotézy (1)

Nulová hypotéza v tomto případě předpokládala, že všechny kategorie budou zastoupeny rovnoměrně, tedy s pravděpodobností  $1/9 * 47 = 5,22$ . Vypočtená hodnota chí kvadrát testu je 10,25 s počtem stupňů volnosti  $df = 9 - 1$ . Ze statistických tabulek kvantily pro chí kvadrát Pearsonovo rozdělení chí kvadrát se stupni volnostmi jsme našli kritickou hodnotu 2,73 na 95 % hladině významnosti. Z překročení této hodnoty vyplývá, že oblasti reformy, kde se nejvíce nedaří naplňovat psychiatrická reforma, jsou zastoupeny výrazně nerovnoměrně. Z kontingenční tabulky vidíme, že je nejvíce zastoupena kategorie 6, tj. vytvoření regionální sítě služeb.

**Tabulka 7** – Test dobré shody

Popisky řádků	Počet z Cile -	Ocek= $1/9 * 47$	kvadrát
1	7	5,2	0,605201
2	5	5,2	0,009456
3	5	5,2	0,009456
4	5	5,2	0,009456
5	1	5,2	3,413712
6	10	5,2	4,371158
7	4	5,2	0,286052
8	3	5,2	0,945626
9	7	5,2	0,605201
Celkový součet	47	47	10,25532

V otázce, které oblasti psychiatrické reformy se podle Vás daří naplňovat, bylo možno více odpovědí. Celkem bylo 47 respondenty označeno 151 kategorií, z toho 36x zapojování komunitních týmů do léčby pacientů a 30 zapojování psychosociální složky do léčby pacienta.



**Obrázek 4:** Graf četností pozitivních odpovědí na jednotlivé kategorie otázek

### Překážky reformy

K zjišťování shody odpovědí ohledně současných překážek reformy byla využita tabulka absolutních a relativních četností. Respondenti vybírali libovolný počet z následujících kategorií odpovědí:

1. podfinancování psychiatrické péče
2. rigidní nastavení zdravotnického systému
3. neefektivita navrhovaných úprav
4. nedostatek odborníků ochotných pracovat v oboru
5. nezáměr a nespolupráce pacientů
6. neochota a nezáměr odborníků na reformě se podílet

**Tabulka 8 – Četnost odpovědí překážek reformy**

Kategorie otázek	Aboslutní četnost	Relativní četnost
1	35	0,33
2	32	0,30
3	11	0,10
4	16	0,15
5	4	0,04
6	9	0,08
celkem	107	1

V otázce co je z nabízených možností největší překážkou na cestě k plynulé transformaci bylo možno vybrat více odpovědí. Celkem bylo 47 respondentů označeno 107 kategorií, z toho 35x podfinancování psychiatrické péče a 32x rigidní nastavení zdravotnického systému.

### Stigmatizace

Dotazník také zkoumal názory respondentů na nejefektivnější způsob vedení destigmatizační kampaně. Z důvodů libovolného výběru odpovědí byla opět ke zjišťování použita tabulka četností. Kategorie odpovědí pro výběr byla zvolena takto:

1. přednášky na školách
2. spoty v médiích
3. webové destigmatizační stránky
4. vyjádření známých osobností
5. působení peer pracovníků

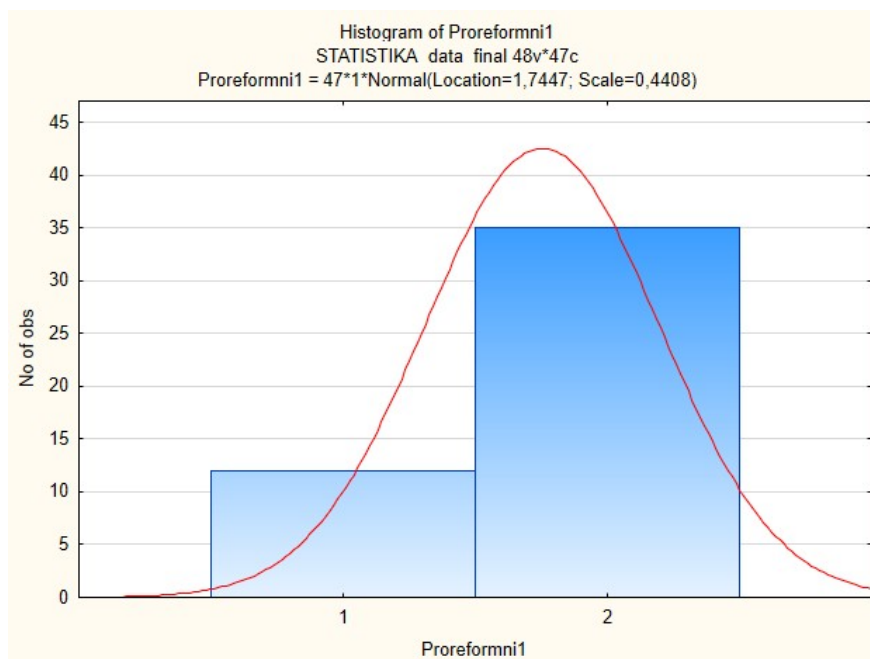
**Tabulka 9 – Četnost odpovědí destigmatizační kampaň**

Kategorie otázek	Aboslutní četnost	Relativní četnost
1	31	0,27
2	23	0,2
3	9	0,08
4	27	0,23
5	25	0,22
celkem	115	1

V otázce jakým způsobem je nejúčelnější předcházet stigmatizaci bylo možno vybrat z více odpovědí. Celkem bylo 47 respondentů označeno 115 kategorií, z toho 31x možnost přednášky na školách. Naopak nejnižší četnost – 9x byla zvolena možnost webové destigmatizační stránky.

## Proreformní postoje

Jak už bylo výše řečeno, byla vytvořena odvozená proměnná „proreformní postoje“, která nabývá hodnoty 1 a 2, více a méně proreformní postoje.



**Obrázek 5:** Histogram normality proměnných

Proměnná délka praxe byla rozdělena do třech kategorií. 0-5, 6-15, 16 a více let.

První měření se týkalo délky praxe a proreformních postojů. Tabulka četností naznačuje, že by nejméně proferomní postoje mohli mít odborníci, kteří pracují v oboru nejdéle z našeho vzorku, tedy více jak 16 let.

**Tabulka 10** – Tabulka četností délka praxe x proreformní postoje

Délka praxe	Nižší míra proreformních postojů	Vyšší míra proreformních postojů	Celkem výsledek
0 – 5 let	6	15	21
6 - 15 let	1	15	16
16 a více let	5	5	10
Celkem výsledek	12	35	47

**Tabulka 11** – Wilcoxonův test Proreformní postoje a délka praxe

Pair of Variables	Wilcoxon Matched Pairs Test Marked tests are significant at p <,05000			
	Valid (N)	T	Z	p-value
Proreformni1 & Delka3	26	165,0000	0,266679	0,789717

Z výsledku statistického testu je zjevné, že náš předpoklad není statisticky signifikantní – p hodnota 0,789717 je vyšší než 0,5000. Nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu, že délka praxe má vliv na proreformní postoje

Druhé měření se týkalo druhu zaměstnání a proreformních postojů. Opět byla sestavena tabulka četností.

**Tabulka 12** – Tabulka četností druh zaměstnání x proreformní postoje

Druh zaměstnání	Nižší míra proreformních postojů	Vyšší míra proreformních postojů	Celkem výsledek
Psychiatr	2	13	15
Psycholog	2	12	14
Zdravotní sestra / bratr	8	10	18
Celkem výsledek	12	35	47

Tabulka četností naznačuje, že by skupina s nejnižší mírou proreformních postojů mohla být zdravotní sestry / bratry. Následně jsme provedli Wilcoxonův test.

**Tabulka 13** – Wilcoxonův test Proreformní postoje a druh zaměstnání

Pair of Variables	Wilcoxon Matched Pairs Test Marked tests are significant at p <,05000			
	Valid (N)	T	Z	p-value
Proreformni1 & Zaměstnání	33	169,0000	1,992263	0,046343

p – hodnota v tomto případě je rovna 0,046343 a je nižší než hladina signifikantnosti 0,5000. Tedy na 95 % hladině významnosti zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu, která říká,



že obor zaměstnání má vliv na proreformní postoje. Z tabulky četností vidíme, že nižší míru proreformních postojů vykazují zdravotní sestry/bratři. .

## 8.8 Odpovědi na statistické hypotézy a výzkumné otázky

Hypotézy:

1. Hypotézu H1 o tom, že existuje jedna oblast reformy, která je oslovenými odborníky považována za tu, kde se nejvíce nedaří naplňovat psychiatrická reforma, přijímáme na hladině významnosti 0, 05. Tato oblast byla označen jako **vytvoření regionální sítě služeb**.

2. Hypotézu H0 o tom, že délka praxe nemá vliv na postoj k psychiatrické reformě se na zvolené hladině významnosti nepodařilo zamítnout. Z toho vyplývá, že u oslovených odborníků nemá délka praxe významný vliv na jejich proreformní postoje.

3. Hypotézu H1 o tom, že obor zaměstnání má vliv na postoj k psychiatrické reformě, přijímáme na hladině významnosti 0, 05. Skupinou s **nejméně proreformními postoji** byla vyhodnocena **skupina zdravotních sester / bratrů**.

Výzkumné otázky:

1. Data naznačují, že oslovení odborníci by nejčastěji vyhodnotili nejsilnější překážku na cestě k reformě v bodech **podfinancování psychiatrické péče** a v **rigiditě zdravotnického systému**.

2. Z dat můžeme usuzovat, že oslovení odborníci by nejčastěji volili jako **nejefektivnější způsob vedení destigmatizační kampaně přednášky na školách**.

3. Zdá se, že oslovení odborníci by nejčastěji vyhodnotili jako zatím nejlépe naplňovanou kategorii transformace psychiatrické péče v Praze a Středočeském kraji **zapojování komunitních služeb do léčby pacienta**.

## 9. Diskuze

Výzkumná část je složena z rozhovorů s pacienty, kteří zažili hospitalizaci v psychiatrické nemocnici a dotazníkového šetření osob, které v těchto a obdobných zařízeních pracují. Tento design byl zvolen z potřeby komplexnějšího uchopení problematiky, ze snahy proniknout do problémů spojených s poskytováním psychiatrické péče z více různých úhlů.

Část práce, věnující se rozhovorům s pacienty, se pokouší čtenáři zprostředkovat autentický vhled do pocitů jedinců trpících duševním onemocněním, kteří se svěří do péče odborníků. Následná analýza mapuje funkční i nefunkční způsoby léčby. Poukazuje na to, co by mohl být v současné léčbě zbytečný přežitek (rigidní nastavení pravidel co se týče přesných časů, kdy je možnost provést osobní hygienu, sledovat TV, povinný ranní budíček spojený s prudkým světlem a hlukem...), ale zároveň se snaží nalézt to, co v léčbě skutečně funguje (psychoterapie, která trvá i po skončení hospitalizace, skupinová dynamika mezi pacienty, empatický zájem odborníků, dostatek informací o farmakoterapii a následné léčbě, zjišťování pravých příčin vypuknutí nemoci, nabídnutí naděje...).

Samostatný oddíl analýzy rozhovorů tvoří zážitky na hranici iatrogenního poškození. V této oblasti jsme došli ke stejným závěrům, jako kvalitativní rozbor psaných výpovědí pacientů ve výzkumu Turnpenny, Petri, et al., z roku 2017, které tvrdí, že v některých případech mají hospitalizace negativní psychologický dopad až re-traumatizaci. Výpovědi těchto respondentů mohou být použity jako příklad špatné praxe, pobyt v nemocnici by jistě neměl být v době současného teoretického poznání a technických možností vyloženě traumatizující.

Při sestavování respondentů do výzkumného souboru jsme byli odkázáni na vstřícnost a dobrovolnost jedinců, kteří se měli vyjadřovat k pro ně citlivému, stigmatizujícímu a někdy až traumatizujícímu tématu. Nebylo proto dosaženo reprezentativnosti vzorku – některé diagnózy jsou zastoupeny více, některé zcela chybí. Pacienti některých nemocnic ve vytyčeném regionu nejsou ve vzorku přítomni vůbec. Dosažení relevantních odpovědí od pacientů bylo však dosaženo díky pravidlu ukončené hospitalizace a aktuálnímu zdravotnímu stavu v remisi.

Pro další zkoumání této oblasti by nebylo bez zajímavosti srovnávat mezi zkušenostmi pacientů hospitalizovaných v nemocnici a pacientů v komunitní péči CDZ. Evaluace těchto zařízení bude v prvních letech fungování Center nejen přínosná, ale přímo nutná pro efektivní nastavování dalších služeb a rozšiřování těchto zařízení dle plánovaného harmonogramu.

Dotazníková část diplomové práce má k dispozici vzorek 47 respondentů. Vhodnější k testování daných hypotéz by byl vzorek větší, který ovšem nebyl vzhledem k rozpočtu této práce realizovatelný. Dalším možným limitem této části výzkumu by mohla být uvažována reprezentativnost vzorku, která není příležitostným výběrem zcela zaručena. K získaným datům je tak potřeba přistupovat s odstupem a interpretovat s jistou opatrností. Například v postoji k reformě, které jsou mimo jiné zkoumány, vychází výrazně větší zastoupení respondentů v proreformní části. Tento jev je způsoben právě příležitostným výběrem a místem získávání respondentů pro výzkum (uzavřená odborně pojatá skupina na facebooku), které předpokládají jistý zájem o obor a nadšení směrem k aktuálním trendům. Jiná zjištění by jistě byla získána v případě zkrácení dotazníkového nástroje a jeho distribucí i mezi větší část odborníků mimo zájmové skupiny na elektronických fórech.

Nelze nezmínit další podstatný limit, kterou dotazníkové šetření má, a to použití nestandardizovaného nástroje vlastní konstrukce. Zpočátku bylo zvažováno použití výše popsaného nástroje pro hodnocení efektivity Quirc. Tento nástroj však může výhradně používat pracovník daného zařízení, kde se provádí evaluace. Přestože námi použitý dotazník sytí dostatečné množství proměnných, a kromě názorů odborníků na stav reformy zjišťuje i jejich postoje směrem k reformě, pro další použití bychom doporučovali používat pouze otázky s možností právě jedné odpovědi, aby bylo možno všechny získané poznatky standardním způsobem statisticky testovat.

Anketní rozhovory společnosti Dobré místo, z. s., které vyplnilo 30 pacientů, 15 rodinných příslušníků a 15 odborníků z oboru, ukázaly jako jednu z největších překážek transformace „zakonzervovaný model psychiatrické péče“. Toto zjištění koresponduje s četností odpovědí odborníků v dotazníkové části této práce, kde je jako druhá nejčastější překážka reformy udávána možnost „rigidní nastavení systému“ (první je „podfinancování psychiatrické péče“).

Nejzajímavějšími zjištěními v rámci dotazníkové části práce jsou v oblasti nejslabšího článku v naplňování psychiatrické reformy a proreformních postojích v souvislosti s profesí.

Co se týče proreformních postojů a jejich souvislostí s druhem zaměstnání, ukázala se jako skupina s tendencí k nejméně reformním postojům zdravotní sestry / bratři. Při bližším zauvažování nad danou problematikou se dají snadno vysledovat pravděpodobné příčiny tohoto jevu. Ostatní dvě zkoumané profese – tedy psychiatři a psychologové, se od svých kolegů – zdravotních sester, liší minimálně v několika zásadních ohledech:

- pracují zpravidla ve standardní pracovní době, ne o víkendech a svátcích, nemají noční služby, jejich pracovní doba obvykle činí 8 hodin, tedy nikoliv 12 a víc.

- svou odbornost vykonávají na základě absolvování dvoustupňového vysokoškolského vzdělání a další vzdělávání je jim obvykle poskytováno v průběhu výkonu praxe (předatestační příprava, účast na konferencích, supervize atd).

- s pacienty pracují obvykle individuálně, je proto jednodušší navázat s pacientem vztah a získat si jeho sympatie pouhou realitou toho, že z pozice uznávaného odborníka věnují čas pacientovi, že jim na něm záleží

- obvykle nejsou účastni nepopulárním opatřením jako je – rozdávání a kontrolování užívání medikace, omezovací opatření, apelace na dodržování režimových opatření, ranní buzení atd.

Z uvedeného jasně vyplývá, že profese zdravotního pracovníka je psychicky zátěžové povolání, avšak bez adekvátní odborné podpory. Reformu psychiatrické péče potom mohou tito pracovníci bez dostatku informací vnímat jako něco ohrožujícího, omezujícího jejich pravomoce, nutícího je pracovat zcela odlišně, než mají zažito léty praxe, tlačícího je do sebereflexe a neustálé evaluace efektivity jejich práce. Vzhledem k tomu, že je zásadním bodem v plánované reformě i redukce počtu lůžek v nemocnicích a větší zapojování komunitních týmů do léčby – tedy i sociálních pracovníků, kteří mohou do jisté míry roli zdravotních pracovníků převzít, může celá věc budít i pocit ohrožení / ztráty zaměstnání.

Zásadním v reformě psychiatrické péče se tedy jeví kvalitní a pravidelné vzdělávání zdravotních pracovníků, zařazení psychosociálních otázek do pregraduálního vzdělávání oboru zdravotní sestra, podpora pracovníků v pokračující specializaci v oboru psychiatrická sestra (který zákon umožňuje, ale přímo nenařizuje), a dále podporu týmu psychologů, psychiatrů a sociálních pracovníků, jakožto i pravidelné supervizní vedení.

Dalším statisticky signifikantním zjištěním dotazníkového šetření je potřeba vytvořit regionální síť služeb. Tato kategorie byla vyhodnocena respondenty jako zatím nejvíce nenaplněný požadavek reformy. Znamená to tedy, že v Praze ani Středočeském kraji se doposud nepodařilo vytvořit dostatečný počet zdravotních a sociálních služeb, které by byly vzájemně provázané a komunikovaly spolu. S tím korespondují i některé výroky pacientů z první výzkumné části této práce, kteří konstatovali, že po ukončení hospitalizace nedostali kontakt na návazné služby a sami nevěděli, co mají přesně hledat.

Dalším doporučením vyplývajícím z našeho výzkumu je tedy nepochybně vzájemná spolupráce nemocnic a dalších psychiatrických služeb. Konkrétní podoba spolupráce by mohla například být navazování kontaktu s pacientem již v průběhu jeho hospitalizace, dále vytvoření seznamu aktuálně

fungujících služeb v každém regionu, včetně kontaktů na psychoterapii od klinických psychologů, kteří se na danou problematiku specializují. Na tomto místě je potřeba zdůraznit poznatek respondentky z první části výzkumu, která vyjádřila pocit chaosu z nabídek jednotlivých sociálních a psychotherapeutických služeb. V rámci hospitalizace by bylo efektivní edukovat pacienty – vysvětlit jim principy jednotlivých služeb, aby si mohli následně služby volit na míru svých potřeb. Edukace by měla směřovat také do oblasti výběru vhodné psychoterapie – vysvětlit rozdíl mezi klinickým psychologem/ psychotherapeutem/ člověkem s neakreditovaným kurzem. Současná nabídka těchto služeb je nepřehledná a nevhodná volba může následně poškodit pacienta i obor celkově.

Pravidelné schůzky ve formě například kulatých stolů, kde by se setkávali zákonodárci, zástupci pojišťoven a odborníci z nemocnic i komunitních služeb, by měly být pravidelným standardem.

Další poznatky z dotazníkového šetření, které ovšem nejsou statisticky signifikantní ukazují na největší překážku v reformě v podfinancování psychiatrické péče, což koresponduje se zjištěními v teoretické části. Odborníci se také v četnosti odpovědí shodli, že nejefektivnějším způsobem destigmatizačních kampaní jsou přednášky na školách. Jak uvádíme v teoretické části, stereotypy o duševně nemocných lidech si obvykle lidé vytvářejí už v dětství na základě postoje rodičů a nejbližšího okolí (Ocisková, 2016), jeví se proto tento výsledek jako zcela opodstatněný.

Práce se zaměřovala na Prahu a Středočeský kraj. Dá se předpokládat, že v těchto oblastech doznává reforma zatím nejvyšší progresivity v rámci republiky. Velice zajímavé by bylo provést evaluaci a vytvořit tabulku komunitních služeb pro duševně nemocné také ve zbytku republiky a porovnávat tak možnosti duševně nemocných i v dalších krajích.

## 10. Závěry

Oslovení pracovníci z oboru psychiatrie se domnívají, že nejvíc se ve sledovaném regionu nedaří naplňovat cíle reformy v oblasti vytvoření regionální sítě služeb.

Nejméně prreformní postoje vykazovala v našem vzorku skupina zdravotních sester / bratrů.

Dotazníkové šetření ukazuje na možnost, že potíže při zavádění reformy psychiatrie mohou souviset převážně s podfinancováním psychiatrické péče a s celkově rigidním nastavením systému.

Dotazníkové šetření dále ukazuje na možnost, že odborníci považují za zatím nejzdařilejší prvek v dosavadní reformě ve vytyčeném regionu zapojování komunitních týmů do léčby pacienta.

Z rozhovorů s pacienty vyplynulo, že během hospitalizace může být ponižující zažít neosobní, odtahité a neochotné chování personálu, jehož některé atributy mohou připomínat až vojnu. Několik pacientů prožilo během hospitalizace na psychiatrii traumatické zážitky, které byly obvykle spojeny s násilným chováním ze strany personálu, umístění do klecového lůžka, či necitlivou distribucí na jednotlivá oddělení.

Oslovení pacienti ve svých výpovědích často zmiňovali zásadní úpravu medikace během hospitalizace. V některých případech došlo i k podání benzodiazepinové farmakomedikace bez dostatečného poučení pacienta o nežádoucích účincích.

Z rozhovorů s pacienty psychiatrických nemocnic vyplývá, že během léčby na oddělení dochází ve většině případů i k zapojování psychosociální složky do léčby – například probíhají skupinové i individuální terapie, hagioterapie, ergoterapie atd. Ve většině případů byly tyto aktivity respondenty hodnoceny kladně. Zároveň vyplynulo, že by pacienti ocenili větší informovanost o následných službách a celkovou provázanost psychiatrických služeb.

Z naší evaluace vyplývají pro reformu dvě hlavní doporučení, a to vyšší míra pracovní podpory zdravotním sestram / bratrům (školení, supervize) a podpora propojování nemocnic a dalších psychiatrických služeb.

# Souhrn

Potřeba blíže prozkoumat aktuální stav reformy psychiatrie v České republice, přesněji v krajích Praha a Střední a Čechy, vznikla z několikaleté pracovní zkušenosti s lidmi s duševním onemocněním, při které se nabízela řada otázek ohledně úrovně poskytované péče a jejích pravděpodobných příčin.

Oblasti psychiatrie se začala po roce 2000 věnovat zvýšená politická pozornost. To dokládá například fakt, že v roce 2001 byla stěžejní publikace WHO – Světová zpráva o zdraví, věnována právě duševnímu zdraví. Evropská unie se spolu s Radou Evropy a 52 státy WHO v roce 2005 usnesli na Deklaraci a Akčním plánu pro duševní zdraví. EU tentýž rok vydala strategický dokument pro duševní zdraví s názvem Zelená kniha. Tyto dokumenty obsahují diskurz, jakou podobu by měl systém péče o duševně nemocné mít a tento diskurz je pro členské země EU závazný. Reforma péče o duševní zdraví by měla stavět na principech etiky, evidence a zkušenosti, trendem je tzv. deinstitucionalizace, tedy přesun péče z velkých léčeben do komunit. Strategie se opírá o čtyři základní pilíře: ambulantní péče, odborná zdravotní péče, centra duševního zdraví a akutní lůžková psychiatrická péče (Winkler et al., 2013).

Psychiatrické centrum Praha (nyní Národní ústav duševního zdraví) vytvořilo na základě zjištěných údajů sociomapsu, ze které vyšlo najevo, že systém psychiatrické péče v České republice je nejpodobnější zemím bývalého Sovětského svazu a Balkánu. Charakterizuje jej především nízký podíl zdravotních výdajů na psychiatrii a silná koncentrace péče v psychiatrických nemocnicích. Strategii reformy psychiatrické péče schválil tehdejší ministr zdravotnictví ČR, MUDr. Martin Holcát, MBA a měla by proběhnout v období 2014 – 2023. Cílem reformy v nejširším pojetí je zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním. K transformaci stávajícího systému se Česká republika zavázala v lednu 2005. V roce 2013 byla reforma psychiatrické péče schválena a stala se součástí Národního programu reform (Raboch, Wenigová, et al., 2012).

Diplomová práce si ve své výzumné části kladla za cíl vytvořit evaluaci stavu reformy psychiatrické péče v Praze a Středočeském kraji – zjistit nejslabší a nejsilnější stránky, popsat současný stav, případně vyjádřit doporučení.

Byl zvolen smíšený typ výzkumu (kvalitativně – kvantitativní), z důvodu komplexnějšího pohledu na danou problematiku. Limity zvolených výzkumných metod tkví především v příležitostném výběru výzkumného souboru, který může zkreslovat výsledky, a dále v použití nestandardizovaného nástroje.

V první části výzkumu bylo kvalitativně analyzováno 7 rozhovorů s pacienty, kteří v uplynulých pěti letech prožili hospitalizaci v psychiatrické nemocnici. Respondenti byli vybíráni metodou příležitostného výběru a snowing ball. Z rozhovorů vyšlo najevo, že během hospitalizace může být pro pacienty ponižující zažít neosobní, otažitě a neochotné chování personálu, jehož některé atributy mohou připomínat až vojnu. Několik pacientů prožilo během hospitalizace na psychiatrii traumatické zážitky, které byly obvykle spojeny s násilným chováním ze strany personálu, umístění do klecového lůžka, či necitlivou distribucí na jednotlivá oddělení. Oslovení pacienti ve svých výpovědích často zmiňovali zásadní úpravu medikace během hospitalizace. V některých případech došlo i k podání benzodiazepinové farmakomedikace bez dostatečného poučení pacienta o nežádoucích účincích.

Z rozhovorů s pacienty psychiatrických nemocnic však také vyplývá, že během léčby na oddělení dochází zpravidla i k zapojování psychosociální složky do léčby – například probíhají skupinové i individuální terapie, hagioterapie, ergoterapie atd. Ve většině případů byly tyto aktivity respondenty hodnoceny kladně. Zároveň vyplynulo, že by pacienti ocenili větší informovanost o následných službách a celkovou provázanost psychiatrických služeb.

Druhá část výzkumu zkoumala výsledky dotazníkového šetření. Pro tyto účely byl sestaven dotazník vlastní konstrukce, který byl elektronickou formou distribuován 47 odborníkům pracujících v psychiatrickém oboru, z řad psychologů, psychiatrů a zdravotních sester. I v tomto případě se jednalo o metodu příležitostného výběru a metodu snowing ball. Stanovené hypotézy byly testovány pomocí testů Chí kvadrát a Wilcoxonův test.

Oslovení pracovníci z oboru psychiatrie se domnívají, že nejvíc se ve sledovaném regionu nedaří naplňovat cíle reformy v oblasti vytvoření regionální sítě služeb. To koresponduje s výpověďmi pacientů z kvalitativní části, kteří se shodli na tom, že by uvítali při propouštění z hospitalizace navázání na další oborové služby.

V rámci výzkumu byly definovány a zkoumány proreromní postoje. Tyto postoje se týkaly názorů na spolupráci s komunitními službami a rodinou pacienta, víry ve zvládnutí psychických onemocnění i bez hospitalizace a převahu odpovědí na otázky podporující moderní trendy v psychiatrii. Signifikantně nejnižší míru proreformních postojů vykazovala v našem vzorku skupina zdravotních sester / bratrů.

Dotazníkové šetření dále ukazuje na možnost, že potíže při zavádění reformy psychiatrie mohou souviset převážně s podfinancováním psychiatrické péče a s celkově rigidním nastavením systému, a



také, že odborníci považují za zatím nejzdařilejší prvek v dosavadní reformě ve vytyčeném regionu zapojování komunitních týmů do léčby pacienta.

Z naší evaluace vyplývají pro reformu dvě hlavní doporučení, a to vyšší míra pracovní podpory zdravotním sestřám / bratrům (školení, supervize) a podpora propojování a vzájemné spolupráce nemocnic a dalších psychiatrických služeb.

# Použitá literatura a zdroje

## Publikace

BAKOVÁ, N. et al., (2004). *Denní stacionář jako alternativa hospitalizační péče*. Psychiatrie pro praxi. 2/2004. Získáno z: [www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/02/10.pdf](http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/02/10.pdf)

BAUER, M. et al. (2001). *Psychiatric reform in Germany*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 104: 27-34. doi: 10. 1034/j. 1600-0447.2001.1040s2027.x

BOUVENG, O. et al. (2017). *First-year follow-up of the Psychiatric Emergency Response Team (PAM) in Stockholm County, Sweden: A descriptive study*. International Journal of Mental Health, 46, Iss. 2, 2017. Získáno z: <http://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080%2F00207411.2016.1264040>

DISMAN, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch: 2. přepracované vydání*. Praha: Grada.

FINK, P. J., (1992). *Stigma and Mental Illness*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.

GABRIEL, J. et al. (2016). *Problémy a potřeby lidí s duševním onemocněním*. Dobré místo, z.s., Projekt „Informační aktivity“ CZ. 11/ MGS/004 podpořený z Norských fondů. Získáno z: [www.lidemezilidmi.cz](http://www.lidemezilidmi.cz)

HEJZLAR, P. et al. (2010). *Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné*. Psychiatrie, ročník 14, číslo 3.

HENDL, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

JURÍČKOVÁ, L. et al. (2013). *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada.

KNAPP, M., MANSELL, J. et al (2007). *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study. Volume 2: Main Report*. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent. Získáno z: [https://www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL\\_network/documents/DECLOC\\_Volume\\_2\\_Report\\_for\\_Web.pdf](https://www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL_network/documents/DECLOC_Volume_2_Report_for_Web.pdf)

MAHROVÁ, G. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada.

MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitativní metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

OCISKOVÁ, M. (2016). *Možné souvislosti mezi internalizovaným stigmatem, osobností a efektivitou léčby u úzkostných poruch*. Olomouc: Vydavatelství Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

PÁV, M., POMAJZLOVÁ PLUHAŘÍKOVÁ, J. (2017). *Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici*. Psychiatrie pro praxi 2017, 18(2): 69-74. Získáno z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/02/05.pdf>

PĚČ, O., PROBSTOVÁ V. et al. (2009). *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton.

PROBSTOVÁ, V., et al. (2011). *CAN: Camberwellské hodnocení potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb osob se závažným duševním onemocněním, 2. vydání*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Získáno z: [http://www.rpkk.cz/download/manual\\_CAN.pdf](http://www.rpkk.cz/download/manual_CAN.pdf)

PRAŠKO, J., DIVEKY, T. et al. (2012). *Stigmatizace a panická porucha*. *Psychiatrie pro praxi* 2012, 13(3): 100-103. Získáno z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/03/02.pdf>

PRIEBE, S., BADESCONYI, A. et al. (2005). *Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries*. *The BMJ*. *BMJ* 2005, 330:123. Získáno z: <https://doi.org/10.1136/bmj.38296.611215.AE>

PŘÍHONSKÁ, I. (2014). *Jak nastavit práci s lidmi s duševní poruchou či nemocí nebo s lidmi s poruchou autistického spektra?* *Transformace sociálních služeb*, 4/ 2014. Získáno 3. 2. 2018 z: [www.trasss.cz](http://www.trasss.cz).

PYCHA, R., GIUPPONI, G. (2011). *Italian psychiatric reform 1978: milestones for Italy and Europe in 2010?* *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2011) 261(2): S135-S139, DOI 10.1007/s00406-011-0245-z

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ P. (2013). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum Press.

RABOCH, J., WENINGOVÁ, B. et al. (2012). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. *Odborná zpráva z projektu*. Praha: Česká psychiatrická společnost.

RAITER, T. (2010). *Kvalita očima pacientů: psychiatrické léčebny – I. díl*. STEM/MARK, a.s. Získáno z: [http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/download/KOP\\_MZ\\_09\\_Psych\\_lecebny\\_I.dil\\_public.pdf](http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/download/KOP_MZ_09_Psych_lecebny_I.dil_public.pdf)

RAITER, T., WENINGOVÁ, B., et al. (2004). *Psychiatrie v ČR 2004: Implementace koncepce psychiatrie z pohledu ambulantní péče*. STEM/MARK, a.s. Získáno z: [http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/%20stazeni/Centrum/STEMMARKBariery\\_psychiatrie\\_zaverecna\\_zprava-2-1.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/%20stazeni/Centrum/STEMMARKBariery_psychiatrie_zaverecna_zprava-2-1.pdf)

RUGGERI, M., LASALVIA, A., et al. 2000. *Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale – European Version*. *The British Journal of Psychiatry* 177(39) s41-s48. Získáno z: <http://bjp.rcpsych.org/content/177/39/s41>

RUTZ, W. (2001). *Mental Health in Europe: Problems, Advances and Challenges*. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 (410): 15-20. Získáno z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=2c96c6f9-86a3-48dc-96e1-3d798338cec5%40sessionmgr4006>

STÁRKOVÁ, L. (2013). *Stigmatizace v pedopsychiatrii*. *Psychoatrie pro praxi* 2013, 14(1), 10-13. Získáno z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/01/03.pdf>

ŠPANIEL, F. (2006). *ITAREPS: Technologie ve službách prevence relapsu psychózy*. *Psychiatrie pro praxi*, 2006, 2:82-83. Získáno z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/02/08.pdf>

THORNICROFT, G., TANSELLA, M. (2013). *The balanced care model: the case for both hospital- and community- based mental healthcare*. *The British Journal of Psychiatry*, Apr 2013, 202 (4) 246-248, DOI: 10.1192/bjp.bp.112.111377, získáno z: <http://bjp.rcpsych.org/content/202/4/246>

THORNICROFT, G., ROSE, D. et al. (2007). *Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?* The British Journal of Psychiatry Feb 2007, 190 (3) 192-193, DOI: 10.1192/bjp.bp.106.025791

TOMÁŠ, P., MARKOVÁ, E., et al. (2014). *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada.

TURNPENNY, A., PETRI, G. Et al. (2017). *Mapping and understanding exclusion: Institutional, Coercive and Community-based Services and Practices Across Europe*. Brussels: Mental Health Europe. Získáno z: <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>

Dostupné na <http://bjp.rcpsych.org/content/190/3/192>

VACHKOVÁ, L. (2008). *Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné*. Psychiatrie pro Praxi, 2008; 9(3): 130 -133. Získáno z: [www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/03/07.pdf](http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/03/07.pdf)

VAZQUEZ-BARGUERO, J. L., et al. (2001). *Spanish psychiatric reform: what can be learned from two decades of experience?* Acta Psychiatrica Scandinavica, 104: 89-95. do: 10.1034/j. 1600-0447.2001.1040s2089.x

WINKLER, P. et al. (2013). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Psychiatrické centrum Praha. Získáno z: [www.nudz.cz/files/common/reforma\\_systemu\\_psychiat\\_pece.pdf](http://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pece.pdf)

WINKLER, P., KRUPCHANKA, D., 2017. *A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years development of mental health care for people with severe mental illnesses in central and eastern Europe*. The Lancet Psychiatry, 4(8) 2017, 634-642. Získáno z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036617301359>

## Další zdroje

CIKRT, T. (2015). *Program pro schizofreniky ITAREPS: pojišťovna trvá na důkazech*. Zdravotnický deník, dostupné na <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/program-pro-schizofreniky-itareps-pojistovna-trva-na-dukazech/>

Cmhcd – Získáno 15. 1. 2018 z: <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod/>

Fokus Praha - Získáno 10. 2. 2018 z: <https://www.fokus-praha.cz/index.php/cz/>

Ministerstvo zdravotnictví (2016). *Svatopluk Němeček: do reformy psychiatrické péče se zapojí odborná společnost a pojišťovny*. Tisková zpráva. Získáno 15. 2. 2018 z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/svatopluk-nemecekdo-reformy-psychiatricke-pece-se-zapoji-odborna-spolecnost-a-\\_12138\\_3438\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/svatopluk-nemecekdo-reformy-psychiatricke-pece-se-zapoji-odborna-spolecnost-a-_12138_3438_1.html)

Mujmindset - Získáno 5. 2. 2018 z: <http://www.mujmindset.cz/mapa-sluzeb/>

Občanský zákoník, (2014). Získáno z: <http://obcanskyzakonik.justice.cz/>

PROTOPOPOVÁ, D., (2017). *Nové rozdělení kompetencí pracovníků v multidisciplinárním týmu. Kulatý stůl k reformě péče o duševní zdraví v České republice*. Zápis z Kulatého stolu. Získáno z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/PrototopovaDita\\_kulaty-stul-11.4.\\_web.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/PrototopovaDita_kulaty-stul-11.4._web.pdf)

Psychiatrická společnost ČLS JEP – Získáno 10. 2. 2018 z: <http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php/uzivatele-nemocnice-lecebny>

Reformapsychiatrie (2017). *Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz)*. Získáno z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2016/12/161219-Principy-p%C3%A9%C4%8De-v-CDZodsouhlasen%C3%A1-PS.pdf>

Regist poskytovatelů sociálních služeb – Získáno 10. 2. 2018 z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani\\_sluzby.do?SUBSESSION\\_ID=1518604296821\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1518604296821_1)

socialnipolitika.eu (2017). *Všechno, co jste kdy chtěli vědět o reformě psychiatrie, ale báli jste se zeptat*. Získáno z: <https://socialnipolitika.eu/2017/04/maly-pruvodce-reformou-psychiaticke-pece-duben-2017/>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 15. 3. 2018 z: <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2016>.

WHO (2008). *Approaching Mental Health Care Reform Regionally: Mental Health Project for South-eastern Europe*. Získáno z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/102399/E92163.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/102399/E92163.pdf)

WHO (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013 – 2020*. Získáno z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf)

Zdravotnický deník (2015). *Program pro schizofreniky ITAREPS: pojišťovna trvá na důkazech*. Získáno z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/program-pro-schizofreniky-itareps-pojistovna-trva-na-dukazech/>

# Seznam příloh

Příloha č. 1 : Formulář zadání diplomové práce (volně vloženo)

Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Dotazník vlastní konstrukce

## **Příloha č. 2:** Abstrakt diplomové práce

**Název práce:** Psychiatrická reforma v Praze a Středočeském kraji

**Autor práce:** Bc. Judita Feuersteinová, DiS.

**Vedoucí práce:** PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 93 stran, 188 050 znaků

**Počet příloh:** 3

**Počet titulů použité literatury:** 53

### **Abstrakt:**

Reforma psychiatrické péče je popsána ve strategickém dokumentu Zelená kniha a je závazná pro všechny členské země EU. Cílem reformy v nejširším pojetí je zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním, hlavním trendem je přesun péče z lůžkových zařízení do komunitních služeb.

Diplomová práce si ve své výzkumné části kladla za cíl vytvořit evaluaci stavu reformy psychiatrické péče v Praze a Středočeském kraji. Byl zvolen smíšený typ výzkumu. V kvalitativní části proběhla analýza 7 rozhovorů s pacienty, kteří byli v uplynulé době hospitalizováni na psychiatrickém oddělení. Z rozhovorů vyplývá, že hospitalizace může pro určité pacienty být traumatický zážitek. Dále můžeme říci, že se do léčby zpravidla zapojuje psychosociospirituální složka osobnosti. Zároveň vyplynulo, že by pacienti ocenili větší informovanost o následných službách a celkovou provázanost psychiatrických služeb. V kvantitativní části probíhalo dotazníkové online šetření mezi 47 psychology, psychiatry a zdravotními sestrami. Ke statistickému testování byl použit Chí kvadrát a Wilcoxonův test. Výsledky ukazují, že odborníci vyhodnocují jako zatím nejhůře naplněnou část reformy vytvoření regionální sítě služeb. Signifikantně nejnižší míru proreformních postojů vykazovala v našem vzorku skupina zdravotních sester / bratrů. Z evaluace vyplývají pro reformu dvě hlavní doporučení, a to vyšší míra pracovní podpory zdravotním sestram a zlepšování propojování a vzájemné spolupráce nemocnic a dalších psychiatrických služeb.

**Klíčová slova:** transformace psychiatrické péče, deinstitucionalizace, komunitní péče, úzdrava

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Psychiatric Reform in Prague and Central Bohemia Region

**Author:** Bc. Judita Feuersteinová, DiS.

**Supervision:** PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 93 pages, 188 050 characters

**Number of attachments:** 3

**Number of referred titles and sources:** 53

### **Abstract:**

The reform of psychiatric care is described in the strategic document Green Book and it is binding for all member countries of the EU. The goal of the reform in broadest sense is to increase quality of life of mentally ill persons – primary trend is to relocate psychiatric care from facilities to community services.

The goal of this diploma thesis was to evaluate current state of the psychiatric reform in Prague and Central Bohemia using mixed form of research. The qualitative part consisted of analysis of 7 interviews with patients, which were in past hospitalised on psychiatric ward. The interviews show, that hospitalization can be traumatic for certain patients. Furthermore it shows, that psychosociospiritual component of personality is usually part of a treatment. At the same time it came out that patients would appreciate better awareness of follow-up services and overall interconnection of psychiatric services. In the quantitative part took form of online questionnaire among 47 psychologist, psychiatrist and nurses. For statistical testing Chi-squared and Wilcoxon's test were used. Results indicate that professionals considers creation of regional network of services as the least fulfilled part of the reform. The sample showed that nurses had significantly lowest rate of pro-reform attitudes. The evaluation results in two main recommendations – higher rate of work support for nurses, and improvement of interconnectedness and collaboration of hospitals and other psychiatric services.

**Keywords:** Transformation of psychiatric care, deinstitutionalization, community care, recovery





- c) redukce počtu lůžek
- d) zapojování komunitních týmů do léčby pacientů
- e) snižování stigmatizace spojené s duševním onemocněním
- f) vytvoření regionální sítě služeb
- g) tvorba ambulancí s rozšířenou péčí
- h) zapojování psychosociální složky do léčby pacienta
- ch) vznik specializovaných oddělení v rámci běžných nemocnice

**3. A nyní prosím ještě vyberte jednu oblast, ve které z Vašeho hlediska Česká republika (Praha a Středočeský kraj) zaostává nejvíc a je potřeba tuto oblast především reformovat:**

- a) zlepšit technické vybavení pracovišť
- b) přístup personálu
- c) redukce počtu lůžek
- d) zapojování komunitních týmu do léčby pacientů
- e) snižování stigmatizace spojené s duševním onemocněním
- f) vytvoření regionální sítě služeb
- g) tvorba ambulancí s rozšířenou péčí
- h) zapojování psychosociální složky do léčby pacienta
- ch) vznik specializovaných oddělení v rámci běžných nemocnice

**4. Co si myslíte, že je největší překážkou na cestě k plynulé transformaci? (můžete vybrat 1 - 3)**

- a) podfinancování psychiatrické péče
- b) rigidní nastavení zdravotnického systému
- c) neefektivita navrhovaných úprav
- d) nedostatek odborníků ochotných pracovat v oboru
- e) nezájem a nespolupráce pacientů
- f) neochota a nezájem odborníků na reformě se podílet
- g) jiná, jaká?

**Následující otázky už více směřují do Vaší osobní zkušenosti z výkonu povolání.**

**5. Zkuste prosím odhadnout, jaké procento Vašich pacientů by dle Vašich předpokladů bylo schopno zvládnou svůj zdravotní stav bez využití lůžkové hospitalizace?**

- a) 0%
- b) 5% - 10%
- c) 10 – 25%
- d) 25%- 50%
- e) 50% - 75%
- f) 75% - 100%

**6. Spolupracujete Vy osobně, nebo zařízení, ve kterém pracujete, s nějakými komunitními službami?**

- a) ano, vím s jakými
- b) ano, ale nevím přesně s jakými
- c) ne
- d) nevím
- e) je to v plánu

**7. Jakým způsobem je podle Vás nejúčelnější předcházet stigmatizaci? ( zvolte 1 – 3 odpovědi)**

- a) přednášky na školách
- b) spoty v médiích
- c) webové destigmatizační stránky
- d) vyjádření známých osobností
- e) působení peer pracovníků
- f) nevím
- g) jiné, jaké?

**8. Pokud se zkusíte vcítit do role hospitalizovaného pacienta, v jakých oblastech si myslíte, že v našich současných podmínkách může nejpravděpodobněji utrpět jeho důstojnost?**

- a) ztráta svobodného pohybu mimo areál
- b) svěřením se do péče jiných lidí – pocity osobního selhání
- c) sdílení nedostatečně velkého prostoru s dalšími lidmi
- d) omezená možnost osobní hygieny
- e) neempatické chování pracovníků
- f) kontrola užívání léků

g) jiné – jaké?

**9. Zaškrtněte prosím všechny položky, bez kterých by, dle Vašeho názoru, nebyla léčba při hospitalizaci efektivní.**

- a) farmakoterapie
- b) psychoterapie
- c) pracovní terapie
- e) ergo aktivity
- f) pravidelné vizity
- f) ranní budíček
- g) pravidelný režim
- h) bílý oděv u personálu
- ch) skupinová dynamika spolupacientů

**10. Jaký je Váš názor na zapojování rodiny pacienta do léčby? (samozřejmě v případě jeho souhlasu)**

- a) je to efektivní, využívám to v případě možnosti a potřeby
- b) nesouhlasím s tím, léčba by měla probíhat výlučně mezi odborníkem a pacientem
- c) nic proti tomu nemám, ale v běžném provozu na to není čas
- d) rodina o to většinou nejeví zájem
- e) není to možné z jiného důvodu

**11. Uved'te prosím, kolik času máte v průměru na jednoho pacienta při běžném výkonu.**

Čas v minutách:

**Nyní Vás poprosím, abyste si přečetli dané výroky a u každého udali, nakolik s ním souhlasíte na škále:**

**1 – zcela souhlasím, 2 – spíše souhlasím, 3 – Nevím, 4 – spíše nesouhlasím, 5 - zcela nesouhlasím.**  
Berte při odpovědích prosím v potaz svou dosavadní zkušenost.

<b>tvrzení</b>	<b>škála odpovědí</b>
Aplikace ITAREPS by měla být běžnou součástí psychiatrické péče hrazené pojišťovnou	1 – 2 – 3 – 4 - 5
V psychiatrických nemocnicích by měly být zdarma k dispozici toaletní papír a mýdlo na ruce pro pacienty	1 – 2 – 3 – 4 - 5
Psychoterapie by měla v každém případě tvořit nedílnou součást léčby	1 – 2 – 3 – 4 - 5
Mám k dispozici kvalitní a pravidelné vzdělávání	1 – 2 – 3 – 4 - 5
Zdravotní psychiatrické sestry by měly mít pravidelnou supervizi	1 – 2 – 3 – 4 - 5
Na každém oddělení psychiatrické nemocnice by měl být přítomen psycholog alespoň na úvazek 1,0.	1 – 2 – 3 – 4 - 5
Pacient má při příjmu do běžné psychiatrické nemocnice dostatek prostoru položit otázky, je informován o léčbě a diagnóze	1 – 2 – 3 – 4 - 5
Pacient při propuštění z běžné psychiatrické nemocnice dostane od personálu informace o následné péči	1 – 2 – 3 – 4 - 5
Distribuce na jednotlivá oddělení psychiatrických nemocnic odpovídá většinou více potřebám pacientů, než volným lůžkovým kapacitám	1 – 2 – 3 – 4 - 5
Hospitalizace může být někdy zapříčiněna i nedostatek odborníků v terénu	1 – 2 – 3 – 4 - 5
Neklid pacienta se dá nejefektivněji odstranit farmakoterapií	1 – 2 – 3 – 4 - 5
Partnerský přístup odborníka k pacientovi je nedílnou součástí úzdravy	1 – 2 – 3 – 4 - 5
V případě podání léku, který může vyvolávat závislost, je na to pacient našeho zařízení vždy upozorněn	1 – 2 – 3 – 4 - 5

Další vyjádření k problematice, chcete-li:

Děkuji za Váš čas!